



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVO -
CONDUCTUAL DE FORMATO GRUPAL PARA EL MANEJO DEL
TRASTORNO DE PÁNICO CON Y SIN AGORAFOBIA EN ATENCIÓN
PRIMARIA.**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

Ps. Romualdo Danilo Bermúdez Caneo

**Profesor Guía:
Dr. Alejandro Gómez Chamorro
Informantes:
Ps. Uwe Kramp
Ps. Paula Vergara**

Santiago de Chile, año 2016

TITULO

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVO -
CONDUCTUAL DE FORMATO GRUPAL PARA EL MANEJO DEL
TRASTORNO DE PÁNICO CON Y SIN AGORAFOBIA EN ATENCIÓN
PRIMARIA.**

RESUMEN

La presente investigación entrega una revisión conceptual acerca del abordaje psicoterapéutico grupal desde el modelo cognitivo conductual para los trastornos de pánico midiendo la efectividad de una propuesta de intervención psicoterapéutica grupal aplicada a un grupo piloto de pacientes del Hospital Adriana Cousiño de Quintero utilizando seis instrumentos de medición. Concluida la intervención, y contemplando un seguimiento a tres meses, se observaron cambios estadísticamente significativos cercanos al 50% de las mediciones comparadas y una reducción de los síntomas del pánico en todos los participantes, así como también una reducción de los síntomas agorafóbicas con respecto a situaciones evitadas. Al seguimiento de tres meses, ningún participante reportó la presencia de crisis de pánico sufridas.

Palabras Clave: Trastorno de Pánico, Técnicas Cognitivo Conductuales, Intervenciones Grupales, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

The present research provides a conceptual review of the group psychotherapeutic approach from the cognitive behavioral model for panic disorders by measuring the effectiveness of a proposal of group psychotherapeutic intervention applied to a pilot group of patients of the Hospital Adriana Cousiño de Quintero using six measuring instruments. After the intervention, with a three-month follow-up, statistically significant changes were observed close to 50% of the measurements compared and a reduction of panic symptoms in all participants, as well as a reduction of agoraphobic symptoms with respect to situations avoided. At the three-month follow-up, no participants reported the presence of panic attacks

Key Words: Panic Disorder, Cognitive Behavioral Techniques, Group Interventions, Primary Health Care.

AGRADECIMIENTOS

Todos mis agradecimientos a ti Jessica, por tu apoyo incondicional, por acompañarme en esta loca aventura intelectual, por demandarte más responsabilidad en tus horas de cansancio y por haber sabido entender, pacientemente, mis ausencias presenciales.

Mi gratitud a mis hijas, Antonella, Rocio y Camila, por haberlas despojado de tiempos de conversación y juegos, por estar ahí observando y preguntando una y otra vez lo que estaba haciendo, sacándome más de alguna risa durante los meses de encierro académico.

Gracias aún por motivarme día a día.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.- Relevancia del Problema.....	4
2.- OBJETIVOS	4
2.1.- Objetivo General:.....	4
2.2 Objetivos Específicos:.....	5
3.- MARCO TEORICO	5
3.1.- Trastorno De Pánico	5
3.2.- Agorafobia	10
3.3.- Prevalencia.....	12
3.4.- Etiopatogenia y Gravedad del Pánico, Sucesos Vitales v/s Estrés Percibido	15
3.5.- Discapacidad o Disfunción Debido a la Enfermedad	16
3.6.- Crisis de Angustia desde el Modelo Cognitivo Conductual	17
3.6.1.- Activación y Atención	17
3.6.2.- Activación de Esquemas	17
3.6.3.- Malinterpretación Catastrófica de las Sensaciones Internas	18
3.6.4.- Intensificación de Síntomas y Defensa.....	18
3.6.5.- Pérdida de la Capacidad de Revaloración.....	19
3.6.6.- Otros Procesos Elaborativos Secundarios.....	19
3.7.- Tratamiento.....	20
3.7.1.- Tratamiento Farmacológico (Amodeo, 2013).....	20
3.7.2.- Terapias Cognitivas – Conductuales (TCC).	21
3.7.2.1.- Tratamiento del Control del Pánico (TCP)	22

3.7.2.1.1.- Aproximación del Protocolo de Tratamiento del Control del Pánico (TCP)	23
3.7.2.2.- Terapia Cognitiva para el Trastorno de Pánico (TC)	24
3.7.2.2.1.- Aproximación del Protocolo de Terapia Cognitiva del Pánico (TC)	25
3.7.2.3.1- Técnicas de Exposición	26
3.7.2.3.1.1.- Eficacia de la Exposición:	27
3.7.2.3.2- Técnica de Reestructuración Cognitiva (RC)	27
3.7.2.3.2.1- Bases Teóricas de la Reestructuración Cognitiva	28
3.7.2.3.3- Autorregistro	28
3.7.3.- Terapias Cognitivo Conductuales en Formato Grupal para el trastorno de pánico.....	29
3.7.3.1.- Investigaciones en Terapia Cognitivo Conductual de Formato Grupal	30
3.8.- Limitaciones y Controversias en las Técnicas Psicoterapéuticas Cognitivo Conductuales en Formato Grupal.	38
3.9.- Consolidado Teórico	39
4.- METODOLOGIA	40
4.1.- Tipo de Estudio	41
4.1.1.- Variable Independiente:	41
4.1.2.- Variables Dependientes: Presencia de Síntomas del Trastorno de Pánico con y sin agorafobia.....	42
4.2 Diseño de Investigación	42
4.3.- Criterios de Exclusión:.....	43
4.5.- Instrumentos de evaluación.....	45
4.6.- Plan de análisis de los resultados	51
5.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE FORMATO GRUPAL DEL TRASTORNO DE PÁNICO: APROXIMACIONES.	52
5.1.- Aspectos Formales	52
5.2.- Instrucciones Generales	53
5.3.- Estructura de las Sesiones	53
6.- RESULTADOS	54
6.1- Resultados Cualitativos	54
6.1.1.- Confección de la muestra.....	54
6.1.2.- Espacios e infraestructura	55
6.2.3.- Preparación de las sesiones y formalidad	56
6.2.4.- Adherencia al tratamiento	57
6.2.5.- Actitud, relaciones interpersonales y clima.	57

6.2.6.- Acerca de las sesiones.....	58
6.2.7.- Elementos biográficos más importantes de los participantes.....	58
6.2.8.- Sucesos Vitales Comunes entre los Participantes	66
6.3 Resultados Cuantitativos	68
6.3.1.- Consideraciones generales a partir de los resultados cuantitativos observados.....	108
6.4.- Resultados Mixtos.....	110
7.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	114
8.- DISCUSIÓN	115
10.- CONCLUSIONES FINALES Y SUGERENCIAS	122
BIBLIOGRAFÍA.....	125
LISTA DE ANEXOS	131
Anexo 2	132
ALGUNAS DESCRIPCIONES BIOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES	132
Anexo 3	144
CONSENTIMIENTO INFORMADO	144

INTRODUCCIÓN

Hoy en día en la práctica clínica se ha podido observar que el trastorno de pánico con o sin agorafobia, como muchos otros trastornos de ansiedad, sigue pasando desapercibido en el primer nivel de la atención sanitaria (Monterde y Casado, 2015). Entre los factores que explican las dificultades se han descrito la falta de especificidad de los síntomas, la presentación solo en forma de quejas somáticas y, de especial interés, la banalización de estos trastornos en la práctica general por considerarlos como problema psiquiátrico “menor”, con las posteriores consecuencias negativas que esto conlleva para las personas que lo padecen (Ibáñez, 2006). Lo anterior sitúa el trastorno de pánico y la agorafobia como dos de los desórdenes de ansiedad más incapacitantes, observándose que la detección de los mismos es un factor decisivo para que los pacientes reciban el tratamiento adecuado (Monterde op. cit., 2015). Datos epidemiológicos obtenidos en distintos países, encuentran que la tasa de prevalencia del trastorno de pánico es de un 1.5% a 3.5%, encontrándose la prevalencia a lo largo de toda la vida en un 1.6% a un 2.2%, existiendo una edad de inicio de alrededor de los 20 años de edad pudiéndose evidenciar un mayor riesgo en mujeres que en varones (dos veces más probable) (Weissman et al, 1997 en Botella, 2001). Es más, autores como Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) insistirían en considerar el trastorno de pánico como un importante problema de salud pública, ya que existirían una serie de estudios los cuales evidenciarían que aproximadamente un 10% de la población general habría experimentado ataques de pánico ocasionales, cuya evolución, sin un adecuado tratamiento, podría ser crónica, pudiéndose observar la presencia de otros problemas asociados como alcoholismo, abuso de drogas y depresión mayor. Estos problemas limitarían la calidad de vida de los pacientes con las importantes consecuencias negativas que todo ello supone (Ibíd.).

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en nuestro país, en el marco de la salud pública, los problemas de salud mental constituyen una prioridad nacional a enfrentar (Minolletti y Zaccaria, 2005). Lo anterior concuerda con estudios los cuales señalan que la prevalencia de patologías psiquiátricas menores (ansioso-depresiva) han ido en aumento, teniendo una prevalencia de 53%, en relación a las cifras arrojadas en otros países (Castro, 2009). Una investigación realizada en el 2005 estudió el patrón en el uso de servicios generales y especializados entre los adultos con problemas de salud mental contemplando una muestra aleatoria estratificada de 2.987 personas encontrándose que uno de los diagnósticos que obtuvieron mayor porcentaje en el uso de los dispositivos de atención primaria fueron las personas que presentaban diagnósticos de trastorno de pánico (80,4), siendo ellas los que consultaban frecuentemente (Vicente, Kohn, Saldivia, Rioseco, Torres, 2005). Otro estudio realizado a 4.079 personas en la Atención Primaria en el año 2006, determinó que la angustia fue la sintomatología más frecuente como motivo de consulta (Ibíd.). Lo anterior concordaría con un estudio realizado por la facultad de Ciencias Sociales, específicamente por el departamento de psicóloga de la universidad de Chile, durante el primer semestre del año 2007, el cual detectó una incidencia notable de trastornos de pánico en jóvenes entre 13 y 25 años de edad, mostrando una prevalencia de 10, 5 % respecto a otras patologías mentales, con mayor incidencia en mujeres con un 8,5 % respecto a los hombres (Castro, 2009). Para dar respuesta a este aumento sostenido en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos acontecidas ya desde los años 90, el ministerio de salud elaboró en el año 2000 un plan nacional de salud mental y psiquiatría, estableciendo énfasis programáticos en la promoción y prevención en patologías de salud mental en conjunto con el desarrollo de otros servicios sociales comunitarios y en red (Minolletti, op. cit.). Será desde el lineamiento preventivo - promocional, desde donde emergerían las intervenciones psicosociales grupales en atención primaria de salud, las cuales deberían constituirse como alternativa complementaria al tratamiento de los diversos trastornos de salud mental, tal es el caso de las intervenciones psicoterapéuticas grupales dirigidas al trastorno depresivo mayor cuyo plan de intervención incorpora el modelo cognitivo conductual como

sugerencia (MINSAL, 2006). Sin embargo, se ha podido constatar que este mismo modelo no ha estado utilizándose de manera frecuente para liderar intervenciones relacionadas con cuadros ansiosos, no viéndose, además, lineamientos formales en los programas de salud mental para los trastornos de pánico en atención primaria (Scharager y Molina, 2007). Sumado a esta problemática, y a pesar que la terapia cognitiva conductual está bien establecida como tratamiento del trastorno de pánico, son pocos los estudios que han valorado su efectividad en formato grupal (Prats, et al. 2014). Lo anterior se sustenta en investigaciones realizadas por Garay, Korman y Keegan (2008), en donde se revisaron trecientos artículos y numerosos libros de terapia cognitiva conductual de formato grupal, rescatándose solo veinte artículos que daban cuenta de investigaciones documentadas acerca de la efectividad de la psicoterapia grupal para el trastorno de pánico. A pesar de este escaso número de investigaciones, se sostuvo que tanto las intervenciones grupales como las individuales mostrarían la misma eficacia respecto a grupos control (listas de espera) (Arean, 1996; Durham, Thomas, Costello y Davison, 1997, Chambers, MacDonald, Power y Major, 2003; Seligman, Tryon y Schulman, 2007 y Behenck, 2015). Otras investigaciones desarrolladas por McEwen, West y McRobbie, (2006) y Sharp, Power y Swanson (2004) señalarían, además, que son pocos los estudios que establecen diferencias significativas de efectividad entre el modelo individual y grupal de psicoterapia, mostrándose ambos igual de eficientes a la hora de disminuir los síntomas del trastorno de pánico (Gutierrez et. al., 2011). Sin embargo, si consideramos la falta de profesionales especializados en nuestro contexto de salud pública actual, las largas listas de espera en los centros de atención primaria y la extensión del tratamiento, hace que una intervención grupal sea considerada una alternativa terapéutica eficaz y eficiente para la mayoría de diagnósticos (Gutierrez, 2011), pudiéndose obtener importantes ventajas en términos de coste/beneficio que la terapia individual no ofrece (Prats et al, 2014).

Desde estos antecedentes surge la pregunta:

¿Qué grado de efectividad tendrá una propuesta de intervención grupal cognitivo conductual para pacientes con trastorno de pánico con y sin agorafobia en el contexto de atención primaria que posee el Hospital Adriana Cousiño de Quintero?

1.1.- Relevancia del Problema

Desde el ámbito teórico la presente investigación pretende sentar las bases conceptuales y constituirse como precedente para la realización de futuras aproximaciones teóricas al modelo cognitivo conductual y su abordaje en psicoterapia grupal. Desde el ámbito técnico podría constituirse como modelo para realizar futuras investigaciones en estrategias de psicoterapia grupal cognitivas basadas en la evidencia para psicopatologías de alta prevalencia en atención primaria de salud pudiendo aportar a lineamientos estratégicos en políticas públicas de salud concordantes con el plan nacional de salud mental en donde se deben reforzar las estrategias sociales comunitarias de prevención y promoción de salud. Como otra área de relevancia podría verse su impacto en el ámbito práctico, en cuanto permitiría conocer los resultados en efectividad de una modalidad de abordaje de psicoterapia grupal comprobada en trastornos ansiosos y en el contexto de atención primaria de salud, permitiendo operacionalizar dicha modalidad no tan solo en trastornos ansiosos y/o de pánico, sino que en otro tipo de psicopatologías prevalentes. Como fin último el planteamiento del problema pretende ser relevante en el ámbito social en cuanto a aportar a la salud comunitaria tratando de estructurar intervenciones psicoterapéuticas grupales eficientes, en cuanto a la optimización de recursos, con un alto grado de efectividad mejorando la calidad de vida de la población beneficiaria.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General:

- Proponer y evaluar un modelo de psicoterapia grupal desde el modelo cognitivo conductual para pacientes con trastornos de pánico con y sin agorafobia en un grupo de ambos sexos en el Hospital Adriana Cousiño de Quintero.

2.2 Objetivos Específicos:

- Elaborar un consolidado teórico desde el modelo cognitivo conductual al trastorno de pánico.
- Elaborar un protocolo de intervención psicoterapéutica grupal para el trastorno de pánico desde el modelo cognitivo conductual.
- Analizar la efectividad de la propuesta de psicoterapia grupal para el trastorno de pánico desde el modelo cognitivo conductual en un grupo piloto.

3.- MARCO TEORICO

El marco teórico que a continuación se desarrolla, pretende incorporar, desde un inicio, un apartado conceptual breve acerca de las definiciones del trastorno de pánico y agorafobia, profundizando en aquellas temáticas relacionadas con los tratamientos psicológicos desde el modelo cognitivo conductual que han mostrado mayor eficacia en base a evidencia científica disponible, contemplando, además, las técnicas más eficaces a la hora de reducir sintomatología del pánico y agorafobia incluyendo una revisión de las últimas investigaciones realizadas en formato grupal.

3.1.- Trastorno De Pánico

La angustia (Angere: oprimir, cerrar la garganta) constituye, junto al dolor y la fiebre, el trípole sintomático fundamental de la patología. Sin embargo, el concepto de angustia y su carácter normal o patológico ha sido fuente de constante controversia. En general se acepta que la angustia patológica se define por ser más corporal, desproporcionada al estímulo que la genera y persistente por encima de los límites adaptativos a diferencia de la angustia predominantemente psíquica, reactiva y adaptativa que es vivida como una emoción normal. (Koppman, 2003). Ya desde el siglo pasado (Westphal, 1872) es posible hallar descripciones que corresponden a estados de angustia patológica. Durante mucho tiempo se aceptaba la existencia de un aparente "continuus" desde el temor y la expectación ansiosa normal hacia estados más graves de angustia, pánico y agorafobia. Sólo desde la década de

los 60 y fundamentalmente los 70, es posible plantear la distinta naturaleza etiopatogénica de la ansiedad generalizada y de la crisis de angustia (crisis de pánico) pudiendo distinguirse entonces como entidades nosológicas independientes (Westphal, op. cit.) Sin embargo, en los últimos años, las crisis de pánico (crisis de angustia) se han convertido en un tema de gran interés para los investigadores en el campo de la psicopatología y la psicoterapia. Muchas investigaciones clínicas se iniciaron a raíz de la inclusión del trastorno de pánico y la agorafobia en el DSM III, en 1980, lo que suponía contar con criterios diagnósticos objetivos y consensuados que se han mantenido solo con algunas variaciones (Roca, 2000).

El Trastorno de Pánico es una condición diagnóstica relativamente reciente. Su descripción surge de la observación fenomenológica del psiquiatra norteamericano Donald Klein (1964) y se reconoció formalmente como realidad en EEUU por los criterios diagnósticos de Feighner, fue así como luego se incluyó formalmente en el DSM-III, preparada por la APA (American Psychiatric Association) en el año 1980 y en el DSM – IV en el año 1994 (Roca, op. cit.). A continuación se encuentran definidos los criterios diagnósticos del trastorno de pánico, teniendo como referencia lo especificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V. APA, 2014).

3.1.1.- Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.

5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p.ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo;

en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Especificador del ataque de Pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.

10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (Separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Es importante señalar que la mayoría de los episodios de pánico se anticipan porque suelen estar provocados por la exposición a un estresor identificable (Rachman, 2004). Los teatros, supermercados, restaurantes, grandes almacenes, autobuses, trenes, aviones, metro, conducir un automóvil, pasear por la calle, permanecer a solas en casa o estar lejos de casa son todos ejemplos de situaciones externas que los individuos con trastorno de angustia manifiestan haber podido provocar la crisis. Como consecuencia, estas situaciones suelen ser evitadas a fin de minimizar la posibilidad de desencadenar otro episodio de crisis. Recientemente, los investigadores han defendido que las claves internas como los pensamientos, imágenes, sentimientos o sensaciones corporales pueden desencadenar angustia y evitación pudiendo dar paso al diagnóstico de trastorno de pánico con Agorafobia (Barlow, 2002; McNally, 1994; White et al., 2006). Sin embargo, y según los nuevos lineamientos del DSM – V, el trastorno de angustia y la agorafobia se erigen en diagnósticos independientes sin ligazón alguna, a diferencia de lo que contemplaba el DSM-IV, donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes: trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia. En caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos, el trastorno de angustia y la agorafobia deberán codificarse en dos diagnósticos separados (Tortella, 2014).

3.2.- Agorafobia

A pesar de los nuevos lineamientos del DSM V descritos con anterioridad, la evidencia señala que alrededor de dos tercios de los pacientes con un trastorno de pánico desarrolla agorafobia, la cual, a menudo, complica el trastorno de angustia (Prats, et al, 2014). La agorafobia alude al miedo o evitación, por parte del paciente, a verse expuesto a situaciones de las que resulta difícil o embarazoso escapar o de las que no se puede salir fácilmente en caso de sufrir una crisis de angustia, o bien situaciones dónde el paciente ya ha experimentado previamente una crisis de angustia. (Amodeo, 2013) .

A continuación se encuentran definidos los criterios diagnósticos de Agorafobia, teniendo como referencia lo especificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V. APA, 2014).

3.2.1.- Criterios Diagnósticos para la Agorafobia

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un

acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Cabe señalar que debido en parte a los argumentos de Klein (1981) sobre la discontinuidad entre la ansiedad y el pánico, y especialmente a la teoría del «miedo al miedo» propuesta por Goldstein y Chambless (1978), la evitación agorafóbica definitivamente comienza a considerarse como un resultado del miedo a los síntomas del pánico (condicionamiento interoceptivo), más que como respuesta de miedo a la propia

situación agorafóbica (condicionamiento exteroceptiva). Esto quiere decir que los pacientes con pánico y agorafobia a lo que temen realmente, no son a los estímulos externos en sí mismos, sino más bien, a las sensaciones somáticas de malestar y temor (i.e., sensaciones como la taquicardia, la disnea, los mareos) que suelen acontecer en relación con esos estímulos externos, por lo tanto, podríamos pensar que los individuos con pánico deberían evitar también aquellas actividades más o menos cotidianas que propiciarán la activación y percepción de dichas sensaciones (evitación interoceptiva), las cuales suelen ser más sutiles y menos marcadas que la evitación agorafóbica (evitación exteroceptiva). Este cambio sustancial sobre la conceptualización psicopatológica de la evitación agorafóbica se ha visto reflejado en la mayoría de los programas de terapia cognitivo-conductual que actualmente se aplican en el trastorno de pánico con agorafobia (p.ej., Craske et al., 2003 en Sandin, 2005).

3.3.- Prevalencia.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana, la edad de inicio del Trastorno de Pánico varía considerablemente, normalmente tiene inicio entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida pudiendo iniciarse en un número reducido de casos en la segunda infancia, así como también, en mayores de 45 años. (Blair y Sierra, 2008). Distintos estudios epidemiológicos señalan que su prevalencia (porcentaje de personas afectadas) de por vida del Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia en la población general, fluctúa entre 2 y 5%, esto significa que de cada 30 personas 1 padece la enfermedad. Siendo congruente con lo anterior, estudios comunitarios a gran escala han mostrado que alrededor de un 10% de la población general adulta ha experimentado alguna crisis de pánico, aunque en la mayoría de casos no llega a desarrollarse el trastorno (Robins, et al, 1984).

A la luz de datos de la American Psychiatric Association y otras investigaciones, podemos concluir (véase Amodeo, 2013):

- 1.- En la población general la prevalencia del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) oscila entre el 1 y el 3,5%.

- 2.- En la población clínica (atendidos en centros de salud mental) aproximadamente es del 10%.
- 3.- En centros de asistencia médica general la prevalencia oscila entre el 10 y el 30%. Se diagnostica dos veces más en el sexo femenino (American Psychiatric Association, 2000).
- 4.- El curso es crónico con oscilaciones (American Psychiatric Association, 2000).
- 5.- El trastorno de pánico suele presentarse asociado a otras patologías como fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor y abuso o dependencia de alcohol (American Psychiatric Association, 2000).
- 6.- Existe patrón familiar; los pacientes de primer grado tienen hasta 8 veces más probabilidades de presentar este trastorno. Si el trastorno es anterior a los 20 años, los pacientes de primer grado tienen hasta 20 veces más probabilidades de padecerlo (American Psychiatric Association, 2000).
- 7.- En cuanto a las repercusiones del trastorno de pánico, los datos de una muestra epidemiológica revelaron que las tasa de deterioro psicosocial de los pacientes con trastorno de pánico eran similares o mayores que las de las pacientes con depresión mayor y otras enfermedades médicas crónicas (Markowitz, Weissman y Ourellette, 1989).
- 8.- La Organización Mundial de la Salud (OMS), en base a un estudio clínico aleatorizado sobre atención primaria (Simon y Vonkorff, 1991), alertó que el diagnóstico de trastorno de pánico se omite en la mitad de los casos que aparece en atención primaria, debido en parte a la manifestación de la sintomatología somática. Pero no sólo la mitad de pacientes con trastorno de pánico se diagnostica correctamente en atención primaria, sino que de los pacientes con diagnóstico correcto, sólo el 64% recibe algún tratamiento farmacológico o psicológico (Roy-Byrne, Wagner y Schraunafel, 2005).
- 9.- En concreto, este tipo de paciente utiliza aproximadamente 4 veces más los servicios de psiquiatría y de psicología y supone la primera causa de derivación

desde la consulta de atención primaria (46%) a los servicios de salud mental (Martín et al., 2009).

De acuerdo a Blair y Sierra (2008), hoy en día este trastorno adquiere mayor prevalencia al inicio de este nuevo milenio y se cree que es debido a que existe una mayor conciencia pública y profesional acerca de la existencia de la enfermedad. En efecto, estos autores sostienen que las condiciones de vida actuales, el estrés ambiental, las presiones socioeconómicas, ciertos factores como la inseguridad, la sobre ocupación, la incertidumbre laboral, el desempleo, la violencia urbana y las exigencias cotidianas a las cuales el individuo se ve sometido podrían estar a la base de este aumento en la prevalencia actual.

En Chile, el único estudio que da cuenta de prevalencias en patologías de salud mental a nivel nacional es el estudio de prevalencia de patología psiquiátrica realizado en el año 1992 a 1999 en población general mayor de 15 años, el cual dio cuenta de altas prevalencias en agorafobia (11,1%), depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%) y dependencia de alcohol (6,4%), resultando, el grupo de los trastornos ansiosos, como el más frecuente en la población, obteniendo un 17,9% para prevalencia de vida y un 9,7% para la prevalencia de los últimos 6 meses (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, y Torres, 2002). Lo anterior cobra fundamental importancia ya que frecuentemente la ansiedad, las crisis de angustia y la agorafobia se asocian entre sí, presentándose en la mayoría de los individuos con trastorno de angustia cierto grado de evitación agorafóbica y en un 95% de las personas con agorafobia pueden presentarse crisis de angustia (Antony y Swinson, 2000 en Beck, 2012). Siguiendo con la misma línea argumental, se encuentra otra investigación la cual pretendió medir los patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile, dando cuenta que las personas que presentaban el diagnóstico de trastorno de pánico eran las que alcanzaban uno de los mayores porcentajes de consultas en atención primaria de salud (80.4), encontrándose también que la mayor proporción de uso de servicios no especializados correspondería también a los que padecen trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno de pánico (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, y Torres,

2005). Lo anterior cobra aún más relevancia ya que durante el primer semestre del año 2007, se detectó una incidencia notable de Trastornos de Pánico en jóvenes entre 13 y 25 años de edad, investigación llevada a cabo por la Universidad de Chile, mostrando una prevalencia de 10,5 % respecto a otras patologías mentales, con mayor incidencia en mujeres con un 8,5 % respecto a los hombres (Castro, 2009). Estos tres estudios serían concordantes con los resultados visualizados en la última encuesta nacional de salud realizada en el 2010, la cual arrojó un alto porcentaje para patologías como los cuadros ansiosos alcanzando un 71.2% de 2.157 personas evaluadas (MINSAL, 2010).

3.4.- Etiopatogenia y Gravedad del Pánico, Sucesos Vitales v/s Estrés Percibido

Actualmente los modelos teóricos sobre la etiopatogenia del trastorno de pánico suelen asumir la existencia de mecanismos en los que intervienen tanto factores de predisposición o vulnerabilidad así como también, factores ambientales, los cuales suelen ser comunes a la mayoría de los trastornos psicológicos y psicosomáticos (Sandin, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999a; Sandin, 2005a; Santed, Sandin, Chorot, Olmedo, García-Campayo, 2003; Tobón, Vinaccia y Sandin, 2004; Tobón, Sandin y Vinaccia 2005). Sin embargo, será la denominada sensibilidad a la ansiedad la que se constituirá, sin duda, en uno de los principales factores de vulnerabilidad, especialmente del trastorno de pánico (Chorot, Sandin, Valiente, Santed y Romero 1997; Sandin, 2005b; Sandin, Chorot, Santed y Valiente, 2002a; Sandin, Chorot, Valiente y Santed, 2002b; Sandin, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004). Efectivamente, y a raíz desde la óptica de la ocurrencia de sucesos vitales, sigue investigándose la relación entre el estrés psicosocial y los trastornos de ansiedad, habiéndose esclarecido que el fenómeno etiológico dependería más bien de la percepción subjetiva del estrés psicosocial (i.e., estrés percibido por la ocurrencia de sucesos vitales) más que en la mera frecuencia de sucesos vitales (Sandín, Rodero, Santed, y Campayo, 2006). Lo anterior cobra significativa relevancia ya que existirían estudios referidos por Marcaurelle, Bélanger y Marchand, (2003), los cuales han señalado una relación directa entre el trastorno de pánico y la ocurrencia de sucesos vitales relacionados con la salud, los conflictos interpersonales, o la pérdida. En cuanto a la gravedad del trastorno de pánico Friedman et al. (2002) constataron una correlación positiva entre haber

experimentado sucesos vitales traumáticos durante la infancia y la gravedad clínica (comorbilidad depresiva y de otros trastornos del Eje I), en pacientes con trastorno de pánico u otros trastornos de ansiedad. Es por ello que la gravedad del trastorno de pánico pudiese estar mediada, así también, por la presencia de evitación agorafóbica. Para demostrar aquello, Shulman, Cox, Swinson, Kuch y Reichman (1994), encontraron que los pacientes con niveles elevados de evitación agorafóbica habían experimentado mayor número de sucesos vitales de tipo interpersonal (conflictos familiares, conflictos de pareja, y conflictos interpersonales) (Sandín et. al., 2006). Estos datos son consistentes con los recopilados por Marcaurelle et al. (2003), en los que se evidencia cierta asociación entre los sucesos de tipo social e interpersonal y la agorafobia. Sin embargo, en todas estas investigaciones se ha esclarecido una limitación de alcance significativo la cual da cuenta que solo se ha contemplado la frecuencia de los sucesos vitales más que el estrés percibido, no valorándose subjetivamente la percepción que los pacientes tuvieron de sus propios sucesos vitales, limitándose generalmente a la mera estimación de la frecuencia de los acontecimientos o, a lo sumo, incluyendo algún sistema de ponderación de los eventos (Sandín op. cit.). Un investigación realizada por Sandín et al., (2006), concluiría que el trastorno de pánico parecería asociarse de forma más significativa al estrés psicosocial percibido más que a la mera ocurrencia de sucesos vitales potencialmente estresantes.

3.5.- Discapacidad o Disfunción Debido a la Enfermedad

La incapacidad de este trastorno puede variar, desde causar una alteración leve en la vida normal hasta producir una discapacidad casi total que impide al individuo trabajar y desempeñarse en cualquier ámbito limitándolo a estar en su casa. Muchos individuos afectados por este trastorno han llegado a perder sus trabajos o han debido ser reubicados en tareas que requieren de poco desplazamiento, otras personas han debido dejar sus estudios restringiendo sus vidas en distintos ámbitos de esta, es decir, actividades recreativas, deportivas y sociales. Esto los transforma en discapacitados psíquicos, restringido limitando una vida autónoma. (Robins, et al, 1984).

3.6.- Crisis de Angustia desde el Modelo Cognitivo Conductual (Clark y Beck, 2010)

El modelo cognitivo de la angustia fue inicialmente articulado a mediados de los ochenta por Beck y sus colaboradores (Beck, 1988; Beck et al., 1985; Beck & Greenberg, 1988; Clark & Beck, 1988) y adicionalmente elaborado por Clark (1986, 1988, 1996; Clark et al., 1988). Comprende seis conceptos centrales que se describen a continuación, conceptos que sustentarían gran parte de la secuencialidad del modelo.

3.6.1.- Activación y Atención

El proceso se inicia por los cambios en los estados internos como la aparición o intensificación de ciertas sensaciones físicas (p. ej., presión en el pecho, falta de aire, aumento del ritmo cardíaco, sensaciones de náusea) o procesos mentales (p. ej., la mente se queda en blanco, sensación de irrealidad) los cuales serán los principales aceleradores de las crisis de angustia (Clark, 1986). En la mayoría de los casos de crisis recurrentes de angustia, los estímulos o situaciones externas se convertirán en estímulos provocadores, pero sólo porque disponen de la capacidad para disparar sensaciones corporales amenazantes (ibíd.) Sin embargo, en la agorafobia grave, son muchas y muy variadas las situaciones externas que pueden provocar la angustia, pero sólo porque gatillan algún estímulo interno temido. De este modo, la dirección del trastorno de angustia inicia una rápida detección de claves interoceptivas que pudieran representar un peligro inmediato e inminente para la supervivencia, detección temprana que es automática e inconsciente, generando hipersensibilidad a las sensaciones corporales (ibíd.).

3.6.2.- Activación de Esquemas

Esta crisis ya iniciada se produce por efecto de la activación de esquemas resistentes (creencias) sobre la peligrosidad de cambios fisiológicos particulares. Estos esquemas de amenaza fisiológica y mentales son coherentes con el modo primal de amenaza que domina en la ansiedad, pudiendo predisponer a ciertos individuos a experimentar crisis recurrentes de angustia revistiendo temas de vulnerabilidad personal e indefensión, generando estados

internos particulares de escalada inmediata de la ansiedad (Beck & Greenberg, 1988). La adquisición de esquemas de amenaza fisiológica (p. ej., “Las palpitaciones son peligrosas”) dependerá de la historia de aprendizaje previa y de las circunstancias asociadas con la primera crisis de angustia, esquemas que pueden ser prepotentes y resistentes estando en la base de las malinterpretaciones catastróficas (Clark, 1997).

3.6.3.- Malinterpretación Catastrófica de las Sensaciones Internas

El proceso cognitivo central en la persistencia de la angustia es la malinterpretación catastrófica de sensaciones somáticas o mentales (véase Beck, 1988; Beck et al., 1985; Clark, 1986). A menudo el resultado catastrófico asociado a la sensación física es la muerte causada por un infarto, asfixia, ataque o similares. Sin embargo, sea cual sea la naturaleza real de la catástrofe temida, las sensaciones se malinterpretan como representativas de un desastre físico o mental inminente (Clark, 1988). Una vez activada la angustia, los esquemas panicogénicos y las malinterpretaciones catastróficas tenderán a dominar el aparato de procesamiento de información durante la angustia concediendo prioridad exclusiva a las señales de peligro, minimizando o ignorando la información de seguridad incongruente con los esquemas activados.

3.6.4.- Intensificación de Síntomas y Defensa

La malinterpretación de las sensaciones corporales producirá una intensificación de las sensaciones internas temidas aumentando la vigilancia y concentrando el foco de atención en las señales interoceptivas, produciéndose un círculo vicioso en el que la creciente intensidad de la sensación fisiológica o mental reforzará aún más la malinterpretación de que evidentemente el desastre físico o mental es inminente (Beck, 1988; Clark, 1997) provocando los esfuerzos inmediatos de huida, los cuales serán percibidos como respuesta automática e involuntaria a la activación de los esquemas panicogénicos y a la malinterpretación catastrófica de la sensación corporal.

3.6.5.- Pérdida de la Capacidad de Revaloración

Ya en esta etapa, la activación de los esquemas de amenaza fisiológicos y la subsiguiente malinterpretación catastrófica de las sensaciones corporales domina el procesamiento de información e inhibe la capacidad del cliente para generar interpretaciones más realistas y benignas de las sensaciones temidas, siendo coaptada la capacidad de revaloración e imposibilitándose la acción del pensamiento elaborativo. Sin embargo, si éste fuera puesto en práctica, la malinterpretación catastrófica sería desafiada y se sabotearía la escalada de la ansiedad. Es por ello que uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva para la angustia es mejorar la capacidad del paciente para revalorar las sensaciones internas temidas y alcanzar interpretaciones alternativas más realistas y plausibles (Clark, 1997, 1999).

3.6.6.- Otros Procesos Elaborativos Secundarios

Una vez ocurrida la disociación del razonamiento elaborativo de las valoraciones automáticas catastróficas surgirán otros procesos cognitivos y conductuales secundarios, tales como la aprensión, la preocupación relativa a la creciente ansiedad, incontabilidad y recurrencia de las crisis de angustia (Beck et al., 1985). En efecto, con el procesamiento elaborativo de información ya dominado por las percepciones de incontabilidad y ansiedad creciente, aprensión y preocupación constante por la angustia y la pérdida del razonamiento reflexivo de orden superior para contrarrestar la dominancia del pensamiento catastrófico, es obvio que la persona con trastorno de angustia recurra intencionadamente a la evitación y a otras estrategias de búsqueda de seguridad para ejercer un mayor control sobre su estado emocional negativo. Sin embargo, en la actualidad, existen pruebas considerables de que la evitación agorafóbica, contribuye a la persistencia y al aumento de la gravedad de la crisis de angustia. Además, la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad como son llevar encima medicación ansiolítica para casos de emergencia, ir acompañado por un familiar o amigo o suprimir las emociones intensas o los pensamientos indeseados, puede contribuir a la persistencia de la ansiedad manteniendo la creencia de la persona de que ciertas sensaciones internas son peligrosas (Clark, 1997, 1999).

3.7.- Tratamiento

Para el tratamiento del trastorno de pánico existen dos maneras efectivas de darle solución a la patología, una de ellas es la corriente psiquiátrica que plantea un tratamiento farmacológico y la segunda es la corriente psicológica que plantea un tratamiento que consiste en una psicoterapia cognoscitivo-conductual, donde se plantea que la terapia individual y grupal mejora la adaptación del sujeto a su medio social (Roca, 2000) Se ha establecido que en la gran mayoría de las personas que han presentado crisis de pánico, pese a su frecuencia, estas no ocasionarían daños en los diferentes órganos y sistemas del organismo, sin embargo, se generaría un deterioro emocional importante, principalmente en aquellos sujetos que no han sido diagnosticados adecuadamente y que por lo tanto, no acceden a un buen tratamiento. (Prats, et al 2014).

3.7.1.- Tratamiento Farmacológico (Amodeo, 2013)

Los fármacos actualmente más utilizados para el tratamiento farmacológico del trastorno de pánico con o sin agorafobia son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Existen ensayos randomizados para sertralina, paroxetina, flouxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. La eficacia de los diferentes ISRS ha sido demostrada similar en la disminución de la frecuencia de las crisis, las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria (Roy-Byrne, 2009). Los antidepresivos tricíclicos (ADT) imipramina y clorimipramina también han demostrado después de varios ensayos clínicos randomizados, su eficacia en la disminución en la frecuencia de los ataques de pánico, pero con un efecto muy variable en la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación (Roy-Byrne, 2009). Un metaanálisis con 6 estudios randomizados y controlados con placebo acerca de la discontinuación de tratamiento con antidepresivos (ISRS y ADT) mostró una tasa de recaídas de 25-50%. El grupo de fármacos benzodiacepinas, (BDZ) también muy utilizado para este tipo de trastornos, presentan una tasa de recaídas del 70%. (Noyes, Garvey, Cook y Suelzer, 1991; Roy-Byrne, 2009). Lo que si está comprobado es que la combinación de terapia cognitivo-conductual con antidepresivos potencia la eficacia del tratamiento psicológico en el post-tratamiento, pero no en los seguimientos (Mitte, 2005). Las mejoras

adicionales al combinar fármacos y tratamiento cognitivo-conductual desaparecen al discontinuar el fármaco, en cambio, los efectos del tratamiento cognitivo-conductual perduran en los seguimientos a corto, a medio y a largo plazo (hasta 9 años de duración) y el porcentaje de recaídas es mucho más bajo (20-25% contra 25-50% en el tratamiento combinado) (Badós, 2005).

3.7.2.- Terapias Cognitivas – Conductuales (TCC).

Esta terapia tiene dos elementos centrales, uno de ellos es entregar información fidedigna a los pacientes en relación a los trastornos de pánico, ya que por lo general, estos tienden a malinterpretar los síntomas físicos como indicativos de una crisis de pánico inminente, y el otro es la exposición, ya sea esta interoceptiva y exteroceptiva (Prats, et al., 2014). En efecto, la mayor parte de las investigaciones han desarrollado diversos protocolos de TCC que incluyen psicoeducación, exposición interoceptiva (a sensaciones) y exposición situacional, junto con algunos casos en técnicas de reestructuración cognitiva y técnicas del control de la activación (entrenamiento en relajación y/o respiración controlada). Utilizando dichos protocolos se han conseguido reducciones de entre un 75% y un 95% en la frecuencia de ataques de pánico al finalizar el tratamiento y el mantenimiento de los resultados hasta dos años después de la intervención. También se han observado mayores tamaños del efecto y mejoras mantenidas durante más tiempo con la TCC que con otras formas de psicoterapia, así como menores tasas de recaídas en comparación con el tratamiento psicofarmacológico (ibid). Desde la misma línea argumental la TCC, es altamente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia como demuestran varios meta-análisis (Clum y Surls, 1993; Michelson y Marchione, 1991; Wolfe y Márser, 1994) y confirman diferentes ensayos clínicos (Craske, Brown y Barlow, 1991; Margraf et al. 1993; Ost, Westling y Hellstrom, 1993; Telch et al., 1993), así como el National Institute of Mental Health (NIMH) agencia del National Institute of Health de USA (1991). Estos tratamientos tienen elevadas tasas de éxito y se dispone de manuales de tratamiento para el terapeuta y de manuales de autoayuda para los pacientes (Beck y Zebb, 1994).

En la actualidad, los programas calificados como “tratamientos bien establecidos” para el Trastorno de Pánico son fundamentalmente dos: el Tratamiento del Control del Pánico (Barlow, 1989) y la Terapia Cognitiva para el trastorno de pánico (Clark et al., 1999 en Monterde y Casado, 2015). Es más, la American Psychological Association (APA), en el grupo de promoción y diseminación de procedimientos psicológicos (1995) y, posteriormente, en la guía clínica sobre intervenciones (APA, Task Force on Psychological Interventions Guidelines), teniendo en cuenta las recomendaciones sobre exigencias metodológicas, vuelven a clasificar estos dos tratamientos psicológicos como los más recomendados por su eficacia así como también por su utilidad clínica (Nathan y Gorman, 1998).

3.7.2.1.- Tratamiento del Control del Pánico (TCP): (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989,1994).

Este programa incluye un importante componente educativo en torno al trastorno de pánico existiendo una importancia central, al hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico. También se incluyen procedimientos de reestructuración cognitiva dirigidos a modificar las creencias erróneas del paciente acerca del pánico y de la ansiedad, así como a las cogniciones que sobreestiman la amenaza y el peligro que suponen los ataques de pánico. Finalmente, también se incluye un entrenamiento en respiración y/o en relajación como procedimientos que pueden ayudar al paciente a controlar el pánico; así como tareas para casa que se pautan atendiendo a la fase de la terapia en la que se encuentre el paciente. (Botella, 2004). En el primer estudio controlado sobre la eficacia del TCP (Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989) se compararon tres condiciones experimentales, supuestamente eficaces, a una condición de control lista de espera. En una condición se aplicó el TCP solo; en otra se aplicó la relajación sola y en otra se aplicó el TCP más relajación. La condición de relajación consistió en un entrenamiento en relajación aplicada (RA) e instrucciones de aplicarla en las situaciones de ansiedad. En este trabajo se excluyeron a los pacientes con evitación agorafóbica moderada o severa. En cuanto a los resultados, en el postratamiento, las tres condiciones mostraron una eficacia superior a la condición de control lista de

espera. Ninguno de los pacientes en la condición de control logró superar el índice de alto estado de funcionamiento final, mientras que sí lo lograron aproximadamente la mitad de los pacientes de la condición de TCP y de relajación. Se realizó un seguimiento de este trabajo (Craske, Brown y Barlow, 1991) en el que se observó que el porcentaje de pacientes que lograba un alto estado de funcionamiento final en la condición de TCP a los 6 meses era 71%, mientras que en la condición de relajación era de 22%. A los dos años en la condición de TCP era de 87%, mientras que en la condición de relajación era de 56%. En otro trabajo, Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny (1990) compararon la eficacia del TCP y del alprazolam frente a una condición de placebo farmacológico y una condición de control lista de espera. Se observó que en el post tratamiento un 87% de los pacientes en la condición de TCP estaban libres de pánico, frente a un 50% de los pacientes en la condición de alprazolam, un 36% en la condición de placebo farmacológico y un 33% en la condición de control, lista de espera. (ibid.)

3.7.2.1.1.- Aproximación del Protocolo de Tratamiento del Control del Pánico (TCP) (para ver protocolo completo véase Caballo, 2007).

El protocolo siguiente se desarrolló en el Center for Stress and Anxiety Disorders (Craske, Rapee y Barlow, 1988) y se encuentra disponible como un detallado manual de tratamiento (Barlow y Craske, 1989). En los protocolos de investigación, el tratamiento normalmente se lleva a cabo en 11 sesiones individuales de una hora, aunque también se ha realizado en formato de grupo. Las sesiones se programan una vez a la semana, aunque también es posible un tratamiento diario intensivo. El objetivo del protocolo de tratamiento consiste en influir directamente sobre el aspecto cognitivo de interpretación errónea de la ansiedad y los ataques de pánico sobre la respuesta de hiperventilación y sobre las reacciones condicionadas a las señales físicas. Esto se hace, primero, proporcionando información precisa sobre la naturaleza de los aspectos fisiológicos de la respuesta de lucha/huida. En segundo lugar, se enseñan técnicas específicas para modificar las cogniciones, incluyendo la identificación y el cuestionamiento de las ideas erróneas. Más tarde, se proporciona información específica sobre los efectos de la hiperventilación y su papel en los ataques de pánico con una amplia práctica del reentrenamiento de la

respiración. Finalmente, se lleva a cabo la exposición repetida a las señales internas temidas con el objetivo de “descondicionar” las reacciones de miedo.

3.7.2.2.- Terapia Cognitiva para el Trastorno de Pánico (TC): desarrollado por el grupo de Clark (1986, 1989)

Este modelo terapéutico se basa en la teoría cognitiva de Beck, según la cual las crisis de pánico resultan de la malinterpretación de sensaciones interoceptivas, como señal de que va a ocurrir una catástrofe inminente (volverse loco, morir o perder el control). Esta interpretación catastrofista hace que aumente la ansiedad, la cual a su vez incrementa las sensaciones interoceptivas temidas desencadenándose el círculo vicioso que da lugar a la crisis de pánico (Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1988, 1989, 1995; Salkovskis y Clark, 1991, 1995). De lo anterior, estos autores concluyen que la terapia cognitiva debiera consistir en una serie de estrategias dirigidas a que el paciente aprenda a evaluar correctamente dichas sensaciones, superando así tanto su tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas como las alteraciones emocionales y conductuales que se derivan de ellas. (Ibíd.). El primer estudio que se suele citar en las listas de los tratamientos empíricamente validados es el estudio del grupo de Clark et al, (1994) en donde se compararon también tres condiciones experimentales supuestamente eficaces (TC, imipramina y relajación aplicada (RA)) a una condición control lista de espera contemplando seguimientos al post tratamiento, a los tres, seis y quince meses. Los resultados en el postratamiento mostraron que las tres condiciones eran superiores al control lista de espera. A los tres meses, la TC era superior a las restantes condiciones en la mayoría de las medidas y un 80% de pacientes en la condición de TC lograron un alto estado de funcionamiento final, frente a un 25% en la condición de RA y un 40% en la condición de imipramina. A los seis meses la TC no se diferenciaba de la condición de imipramina y ambas se mostraban más eficaces que la condición de RA. Un 65% de los pacientes en la condición de TC mostraron un alto estado de funcionamiento final. Entre los seguimientos realizados a los 6 y los 15 meses se observó que un 40% de los pacientes de la condición de imipramina recayeron, frente a un 5% de la condición de TC y un 26% de la condición de RA. A los 15 meses la condición de TC se mostraba superior a las otras dos condiciones, con un 70% de los pacientes

clasificados con alto estado de funcionamiento final, frente a un 32% en la condición de relajación y un 45% en la de imipramina. Arntz y van den Hout (1996) compararon la TC y la RA frente a una condición control de lista de espera. Los resultados en el postratamiento mostraron mejorías significativamente mayores en la condición de TC que en las otras dos. Estos buenos resultados de la TC se mantenían en el seguimiento a los 6 meses, pero las diferencias frente al grupo de relajación desaparecieron debido a las mejorías observadas también en este grupo. Williams y Falbo (1996) compararon la eficacia de tres condiciones supuestamente activas para el tratamiento del TP frente a una condición de control de no tratamiento. Las condiciones supuestamente activas fueron la TC, un tratamiento basado en la exposición y una combinación de los dos. Los pacientes mostraban, además de TP, distintos grados de evitación agorafóbica. Las tres condiciones se mostraron eficaces frente a la condición control. Un 57% de los pacientes de la condición de TC estaban libres de pánico en el postratamiento frente a un 11% de la condición de control. En el seguimiento a los 2 años un 50% de los pacientes de la condición de TC seguía libre de pánico. (Botella, 2004).

3.7.2.2.1.- Aproximación del Protocolo de Terapia Cognitiva del Pánico (TC) (para ver protocolo completo véase Clark y Beck, 2012).

Este protocolo de la terapia cognitiva deberá comenzar clarificando el “círculo vicioso” de las crisis de angustia subrayando la lógica interna del pánico, reformulando el pánico cómo algo inocuo. Posteriormente se deberá dar paso al trabajo de tres ejes centrales, los cuales son: la discusión de las interpretaciones catastróficas, experimentos conductuales y la eliminación de las conductas de aseguramiento. Con respecto a la discusión de las interpretaciones catastróficas se parte por la suposición que el paciente posee “evidencias” claras que él encuentra convincentes. Por lo tanto, la discusión debería centrarse en ayudar al paciente a identificar y evaluar estas evidencias y a considerar explicaciones alternativas por medio de pensamiento socrático, poniendo especial atención en los experimentos conductuales como medio verificadorio para poner a prueba sus pensamientos. Uno de los experimentos conductuales más utilizados es el de la hiperventilación la cual muchas veces juega un papel importante en el pánico, sobre todo cuando el paciente malinterpreta los

síntomas asociados a ella. Una vez realizado el experimento se le deberá preguntar al paciente qué sensaciones físicas ha experimentado, discutiendo deliberadamente sobre los elementos similares o diferentes en sus crisis de pánico. Este segmento de la terapia se orienta a que el paciente pueda integrar que las sensaciones físicas son similares, pero que no les producen miedo o ansiedad ya que las están interpretando de forma diferente (no catastrofista), concordando así con la hipótesis cognitiva del pánico. Una vez alcanzado esta etapa se deberá comenzar el trabajo en eliminar las estrategias de aseguramiento las cuales se refieren a las conductas para “ponerse a salvo” una vez iniciados los síntomas (ej., caminar pegado a la pared para “no caerse” cuando nota mareo). El trabajo de estos tres ejes tendrá como objetivo que el paciente experimente una clara desconfirmación de las creencias que antes les llevaban a sus conductas de búsqueda de seguridad. Esto permite una rápida y completa modificación tanto de las conductas de evitación, como de las malinterpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones internas. (Adaptado de Salkovskis y Clark en Roca, 2000).

En la práctica, estos dos enfoques de tratamiento vistos resultan muy similares, ya que los objetivos y la totalidad de los procedimientos son, básicamente, los mismos en ambos programas. (Botella, 2004). Como se ha podido apreciar con anterioridad, la diferencia más notable entre ambos enfoques es que en el programa de Barlow se da un gran énfasis a la exposición y a las sensaciones interoceptivas, y en el programa de Clark da un mayor énfasis al componente de re estructuración cognitiva. (Garriga et al., 2009).

3.7.2.3.- Técnicas Psicoterapéuticas Cognitivo Conductuales Más Utilizadas

3.7.2.3.1- Técnicas de Exposición (véase Bados y García, 2011)

Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones (p.ej., coger el metro, hablar en público, recibir críticas, comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) o estímulos internos (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber).

La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.

3.7.2.3.1.1.- Eficacia de la Exposición: (véase Bados y García, 2011)

Entre las explicaciones propuestas, las cuales no son necesariamente incompatibles, se encuentran las siguientes (Antony y Barlow, 1997; Barlow, 1988; Stewart y Watt, 2008; Tryon, 2005):

- a) Extinción de las respuestas condicionadas de ansiedad al presentarse repetidamente los estímulos temidos sin ir seguidos de consecuencias aversivas.
- b) Habitación o reducción de la activación fisiológica y emocional tras la presentación repetida del estímulo temido.
- c) Aumento de las expectativas de autoeficacia (confianza en la propia habilidad para afrontar algo).
- d) Aumento de las expectativas de mejora.
- e) Disminución de las interpretaciones amenazantes al comprobar que lo que se teme no ocurre.
- f) Procesamiento emocional. Esta explicación combina los conceptos de habituación y cambio cognitivo y hace referencia a la activación de las estructuras de miedo y a la incorporación de información incongruente con el miedo dentro de las mismas.
- g) Aceptación emocional. Es decir, aceptar y tolerar los estados emocionales negativos y las sensaciones somáticas y cogniciones asociadas sin escapar de ellos o intentar controlarlos.

3.7.2.3.2- Técnica de Reestructuración Cognitiva (RC)(véase Bados y García, 2010)

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y

paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

3.7.2.3.2.1- Bases Teóricas de la Reestructuración Cognitiva (Bados y García, 2010)

La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos:

- a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos.
- b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
- c) Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

3.7.2.3.3- Autorregistro (véase Bados y García, 2010)

En cuanto al autorregistro continuado a lo largo del tratamiento, hace que el cliente sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de estas, y facilita la reestructuración de las mismas. El empleo correcto del autorregistro requiere entrenamiento con ejemplos concretos, revisión continuada del mismo entre terapeuta y cliente, y que este último lo rellene lo más inmediatamente posible tras las situaciones perturbadoras.

a.- El autorregistro de Ellis (1979) incluye situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales; y durante el tratamiento evaluación de las cogniciones; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta evaluación.

b.- El autorregistro de Clark (1989) incluye seis columnas además de la fecha: a) situación que lleva a la emoción desagradable (qué se estaba haciendo o que se estaba pensando en general); b) emoción/es experimentada/s e intensidad de la/s misma/s (0-100); c) pensamientos específicos que preceden a la emoción y grado de creencia (0-100) en los mismos; y, durante el tratamiento, d) pensamientos alternativos y grado de creencia en los mismos; e) creencia en los pensamientos negativos originales y tipo y grado de la/s emoción/es subsecuente/s; y f) acciones emprendidas o a emprender (esta última columna puede juntarse con la anterior).

c.- El autorregistro propuesto por Wells (1997) es similar excepto que en la columna *d* se valora la creencia en los pensamientos automáticos originales en vez de en los pensamientos alternativos y que el tipo y grado de la emoción subsecuente y las acciones emprendidas o a emprender constituyen la última columna.

Antes de someter a prueba los pensamientos del cliente, es necesario que este: a) vea la relación existente entre cogniciones, emociones y conductas, y, especialmente, el impacto que las primeras juegan sobre las otras dos; y b) reconozca que los pensamientos son hipótesis, no hechos, y que, por tanto, necesitan ser comprobados.

No se trata de que el terapeuta proporcione una explicación formal, sino de que el cliente descubra por sí mismo, con la ayuda del terapeuta, el papel que juegan las cogniciones y la naturaleza hipotética de estas. Para ello, el terapeuta puede utilizar en primer lugar uno o más ejemplos de situaciones no relacionadas con los problemas del cliente y después algún ejemplo extraído de los problemas del paciente. Es importante que estos ejemplos deban estar incompletos, es decir, el terapeuta no los explica enteros, sino que plantea una serie de preguntas al paciente para que éste finalice el registro (Bados, 2001).

3.7.3.- Terapias Cognitivo Conductuales en Formato Grupal para el trastorno de pánico.

La efectividad de los dos modelos más efectivos de terapia cognitiva conductual (Terapia para CP y TC) también ha sido adaptada a formato grupal siendo evaluadas en

muestras de pacientes de diversas poblaciones, incluyendo población japonesa, brasileña, estadounidense o canadiense en programas de tratamiento que utilizaban 10, 12 o 14 sesiones, y que incluían psicoeducación, exposición interoceptiva, exposición situacional, técnicas de reestructuración cognitiva y técnicas de control de la activación, obteniéndose en la mayoría de los resultados reducciones significativas en ataques de pánico y en conductas agorafóbicas al final del tratamiento alcanzándose porcentajes de remisión sintomática en torno al 54 y el 80 %. (Cavallo, 2007, Prats et al., 2014 y Clark y Beck, 2012). Cabe señalar que según la bibliografía revisada y en función del conjunto de investigaciones llevadas a cabo, la mayoría de las intervenciones grupales contemplan muestras de entre 8 a 12 personas por grupo (Botella, 2001).

A continuación se revisarán algunas investigaciones que dan cuenta de ello.

3.7.3.1.- Investigaciones en Terapia Cognitivo Conductual de Formato Grupal

De acuerdo a la bibliografía revisada se presentan a continuación breves reseñas de un conjunto de investigaciones que han podido ser recopiladas en terapias cognitivo conductuales para el trastorno de pánico en formato grupal, sin embargo, es preciso señalar que en lo que concierne a las terapias cognitivo conductuales grupales en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los estudios son escasos ya que la mayoría se han realizado de forma individual (Belfer, Muñoz, Schachter y Levendusky, 1995; Martisen, Olsen, Tonset, Nyland y Aarre, 1998; Penava, Otto, Maki y Pollack, 1998; Telch et al., 1993 en Garriga et al., 2009).

3.7.3.1.1.- Terapia Cognitiva Conductual en el Trastorno de Pánico. (Telch et al, 1993)

Telch. et al. (1993) aplicaron el tratamiento del control del pánico (TCP) de Barlow en grupo, demostrando su eficacia. Los pacientes recibieron TCP durante 8 semanas en grupos de cuatro a seis pacientes, comparándolo con controles en lista de espera. Al concluir el tratamiento, el 85% del grupo experimental estaba libre de crisis de pánico, frente al 30% del grupo control. Los tratados también mejoraban significativamente en índices de ansiedad, agorafobia, depresión y miedo al miedo. Los resultados se mantenían a los seis meses. (Telch et al., 1993 en Garriga. et al., 2009)

3.7.3.1.2.- Terapia basada en la evidencia para personas con trastorno de pánico en un servicio clínico: Una estrategia de Benchmarking. (Wade, Treat y Stuart, 1998).

En Indiana (Estados Unidos) se llevó a cabo un estudio de efectividad en un centro de salud mental y compararon sus resultados utilizando una estrategia de benchmarking con los resultados de eficacia de las clínicas de investigación (Wade, Treat y Stuart, 1998). El 87% de los pacientes permanecían libres de crisis al finalizar el tratamiento y se producía un descenso significativo de la ansiedad anticipatoria y generalizada, de la evitación agorafóbica y de los síntomas de depresión. Estos resultados se mantenían al año de seguimiento (Stuart, Treat y Wade, 1998 en Garriga et al., 2009)

3.7.3.1.3.- El trastorno de pánico y su tratamiento: terapia cognitiva focal en formato de grupo. (Roca, 2000).

En Valencia, España, se llevó a cabo una investigación de Roca, (2000) contemplando pacientes con trastorno de pánico y agorafobia pertenecientes a los dispositivos de salud dentro de la jurisdicción del Servicio Valenciano de Salud. Esta investigación utilizaría la terapia cognitiva focal (TC) de Clark y Salkovskis, (1986) adaptada al formato grupal. La duración total de la terapia, fue de 20 sesiones de 2 horas, que se llevaron a cabo semanalmente. El grupo inicial, se compuso por 9 sujetos consecutivos, remitidos por los psiquiatras del área en un periodo de dos meses a la consulta de psicología; cuyo principal problema era el pánico-agorafobia y que llevaban más de dos meses sin modificar su tratamiento farmacológico. De estos, se excluyeron dos sujetos, uno por incompatibilidad con su horario laboral y otro porque se negó a ser tratado en grupo, completando el tratamiento con 7 sujetos. La investigación contempló una evaluación, antes y después del tratamiento, y dos seguimientos (a los dos meses y a un año de terminado el tratamiento), en donde se utilizaron los siguientes instrumentos: 1.- Registros de ataques de pánico, 2.- Inventario de agorafobia de Echeburúa, et al, (1992) 3.- Cuestionario de creencias de pánico, de Greenberg y 4.- Inventario de depresión, de Beck. Siguiendo las pautas estándar de la terapia cognitiva de Clark , a lo largo de toda la terapia se reforzó un estilo socrático de pensamiento en los participantes, formulando

preguntas dirigidas a que fuesen ellos quienes “descubran” las conclusiones más funcionales a las que querían hacerles llegar. Se abordaron las creencias catastrofistas como hipótesis a verificar, mientras que se les enseñó a considerar del mismo modo la explicación que ofrece el modelo cognitivo en cuanto a generar hipótesis alternativas para las cuales también se buscan pruebas. Con ese fin, se utilizaron experimentos conductuales a lo largo de toda la terapia. Los resultados fueron satisfactorios en cuanto la mayoría de los pacientes obtuvieron una remisión significativa en sintomatología propia al trastorno de pánico. (Roca, 2000).

3.7.3.1.4.- Utilidad clínica de una terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico. (García-Palacios et al., 2002).

En España se han comparado los resultados de la misma intervención en un servicio universitario de psicología y en un centro de salud mental (García-Palacios et al., 2002); anteriormente este equipo había adaptado el modelo de Clark y Salkovskis para intervención grupal (Ballester y Botella, 1992). Los investigadores obtuvieron resultados similares, pero con un índice de abandono muy bajo (0% comparado con el 26,4% de Wade et al.). Este resultado es comparable al de las clínicas universitarias (Barlow y Craske, 1989; Telch, et al., 1993 en Garriga et al., 2009).

3.7.3.1.5.- Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. (Sánchez, 2003).

En Alicante, España, Sánchez, (2003), realizó una investigación que presentó como objetivo medir la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. Los sujetos que componen este estudio son usuarios de una unidad de salud mental (USM), ubicada en un centro sanitario perteneciente al sistema sanitario público, que accedieron a un taller de manejo de la ansiedad en los años 1998, 1999 y 2000. Los criterios básicos para acceder a este taller de ansiedad eran que cada sujeto estuviera en tratamiento en la USM, bien con un psiquiatra, bien con un psicólogo, bien con ambos y que el motivo de consulta principal reseñado en la historia clínica indicara, con preferencia, que cada caso se sometía clínicamente a los criterios DSM-III-R necesarios para que

podiera considerarse como susceptible de padecer un trastorno de ansiedad. La terapia grupal constó de 8 sesiones de 90 minutos aproximadamente de duración, con una frecuencia semanal de aplicación, desarrollada con un mismo formato en los distintos años (1998, 1999 y 2000) y puesta en práctica por el mismo terapeuta. Las sesiones eran predominantemente psicoeducativas, buscando que, además de aportar información, los usuarios supieran identificar su problema y conocieran diversos modos de manejar sus síntomas. Los principales conceptos y técnicas vistas fueron: psicoeducación, círculo del pánico, técnicas de relajación, detección de pensamientos catastróficos y su refutación, técnica de distracción de pensamiento y auto instrucciones específicas, no fomentar conductas de escape/evitación, valoración de causas y elementos mantenedores, afrontamiento a la crítica, asertividad y expresión de malestar, entre otras. Los instrumentos de evaluación utilizados por el autor fueron: 1.- Inventario de Experiencias Recientes de Thomas Holmes (extraído de Davis, Mckay y Eshelman, 1986), 2.- Cuestionario de Conductas de Afrontamiento en Situaciones de Estrés, 3.- Escala de Alexitimia de Toronto realizada por Martínez Sánchez (1996), 4.- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI E/R) en su adaptación española de TEA (1982), 5.- Inventario de Indicadores de Tensión y Ansiedad de Cautela (1977) y 6.- Beck Depression Inventory (BDI). Los resultados de la investigación dieron cuenta de una mejoría significativa en sintomatología ansiosa, tasas de altas clínicas y reducción de benzodiazepinas. (Sánchez, 2003).

3.7.3.1.6.- Comparación de eficacia y aplicabilidad entre una terapia cognitiva conductual grupal versus terapia cognitiva conductual individual en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. (Sharp, Power y Swanson, 2004).

Otra investigación de Sharp, Power y Swanson (2004) comparan la eficacia y aceptabilidad de la TCC grupal e individual en atención primaria con seguimiento a tres meses obteniendo unos índices de abandono muy altos en la intervención grupal (47%). (Garriga A. et al., 2009). Los autores concluyeron que los resultados entre terapia grupal e individual no mostraban, al término del tratamiento, diferencias estadísticamente significativas la una de la otra. Sin embargo, a seguimiento de tres meses, la terapia

individual mostraba una superioridad significativa por sobre el formato grupal en términos de reducción sintomatológica.

3.7.3.1.7.- Terapia cognitiva conductual grupal en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. (Galassi et al., 2007).

En un estudio llevado a cabo en Italia también se obtienen mejorías significativas en un tratamiento grupal en un centro de salud mental (14 sesiones de dos horas): al finalizar el tratamiento el 54,2% de los tratados estaban libres de crisis de pánico (Galassi et al., 2007 en Garriga et al., 2009).

3.7.3.1.8.- Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. (Garriga et cols., 2009)

En la ciudad de Murcia, España, se realizó una investigación que evaluó la efectividad de la TCC en formato grupal. Garriga et cols. (2009), llevaron a cabo una investigación basada en el modelo del control del pánico de Barlow denominada “Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público” contemplando 29 participantes reclutados en un centro de salud mental de Murcia. A todas las personas que participaron en el tratamiento se les administró en la primera y última sesión, las siguientes pruebas psicológicas: 1.- Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994), 2.- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), 3.- Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), 4.- Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ; Chambless et al., 1984) y 5.- Cuestionario de Miedos [Fear Questionnaire](FQ; Marks y Mathews, 1979). La intervención incluía psicoeducación, exposición interoceptiva y situacional, técnicas para el control de la activación (respiración diafragmática) y reestructuración cognitiva. Tras 12 sesiones de 90 minutos de duración, se obtuvieron reducciones significativas en las escalas que evaluaban sintomatología de pánico y sintomatología asociada. (Garriga et cols. 2009).

3.7.3.1.9.- Efectividad de la terapia cognitiva conductual en grupo para el trastorno de pánico: Revisión sistemática y meta análisis (Tarcio et al., 2013).

Una investigación realizada por el Instituto de la Familia de Puerto Alegre y por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sol en Brasil, estudió, por medio de meta análisis, la efectividad terapéutica de terapias cognitivo conductuales de formato grupal en 14 investigaciones extranjeras. Los resultados sugirieron que las terapias cognitivas conductuales en formato grupal, a la luz de los resultados y las diversas pruebas aplicadas, constituyen una alternativa interesante para el tratamiento del trastorno de pánico.

3.7.3.1.10.- Efectividad de la terapia cognitivo conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. (Prats, at cols., 2014)

Recientemente una investigación en España de Prats at cols., (2014), presentó como objetivo el valorar la efectividad de la TCC grupal en una muestra de pacientes con TP de una unidad especializada. El tratamiento consistió en 9 sesiones de TCC con frecuencia semanal en 56 pacientes con TP. Se realizaron evaluaciones en el momento inicial, al final, al mes y los 3 meses de seguimiento, utilizando los siguientes instrumentos de evaluación: 1.- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow, 2.- Escala de Ansiedad Rasgo, 3.- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), 4.- Escala para la Evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad y 5.- Escala de Discapacidad del Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI). Los pacientes completaron un protocolo de tratamiento basado en el manual de Barlow y Craske para el trastorno de pánico, siguiendo un manual modificado para tratamiento grupal. El estudio consideró los datos obtenidos en 11 grupos de tratamiento realizados entre los años 2008 y 2010, formados por entre 4 y 8 pacientes arrojando como resultados que tras la intervención cognitivo-conductual, se observaron disminuciones significativa en las puntuaciones de la sintomatología de pánico-agorafobia y variables relacionadas, que se mantenía en el seguimiento a 3 meses. (Prats at cols., 2014).

3.7.3.1.11.- Evaluación de factores terapéuticos y la respuesta al tratamiento cognitivo comportamental en formato grupal para el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo. (Behenck, 2015)

Una investigación desarrollada en Brasil evaluó factores terapéuticos en terapia cognitivo conductual en formato grupal para el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo. Los objetivos de este estudio fueron: evaluar el efecto de los factores terapéuticos en la respuesta a la terapia cognitivo conductual en formato grupal (TCCG) para pacientes con Trastorno de Pánico (TP) y para pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) identificando y relacionando los factores terapéuticos que ocurren en la TCCG con la etapa y las técnicas cognitivo-actitudinales. El ensayo clínico contempló de 12 sesiones de TCCG para TP y para TOC. La gravedad de los síntomas se la evaluó antes y después de la TCCG. Para el trastorno de pánico, se utilizó la escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS), la impresión clínica global (CGI), la escala de Hamilton para la ansiedad (HAM-A) y el inventario de depresión de Beck (BDI). En pacientes con TOC, se utilizó la escala obsesivo- compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS), impresión clínica global (CGI), escala de Hamilton para la ansiedad (HAM-A) y el inventario de depresión de Beck (BDI). El cuestionario de factores terapéuticos de Yalom se aplicó al final de cada sesión. La muestra estuvo compuesta por 31 pacientes, 16 en el grupo do TP con edad promedio de 36,2(DP=9,98) años y 15 pacientes en el grupo do TOC con promedio de edad de 37,4(DP=11,10) años. Los resultados de la investigación evidenciaron una mejora significativa de la gravedad de los síntomas de ansiedad, depresivos y específicos comparados con la evaluación inicial en ambos grupos ($p<0,001$).

A continuación en la tabla 1 se observan con mayor detalle alguno de los estudios nombrados con anterioridad:

Tabla 1*Características de los protocolos para la terapia cognitiva conductual grupal*

Estudio	Autores	Sesiones	Minutos por Sesión	Muestra	Observaciones
1	Craske & Barlow, 1990 Telch & Schmidt, 1990	12	90-120	4 a 6	
2	Clum, 1990 Gould et al., 1993	8	90	6	
3	Clark & Salkovskis, 1987 Clark, 1989	26*	75-90	7 a 8	Internação
4	Craske et al., 1991	6	120	ND	Internação TCCG + TRA
5	Schmidt, 1994 Schmidt et al., 2000	12	120	5 a 7	
6	Carter et al., 2003	11	90	4 a 5	
7	Margraf & Schneider, 1990 Katschnig et al., 1997	20*2	ND	ND	Paroxetina + TCCG
8	Beck & Clark*4 Bourne, 1995	8	120	8	
9	Hecker et al., 2004	4	60-90	5 a 6	TCCG + biblioterapia
10	Sharp et al., 1996 Power et al., 2000 Sharp et al., 2000	8	60	6 a 8	
11	Beck et al., 1985 Barlow & Cerny, 1988	12	90	3 a 5	TCCG + PA
12	Craske & Barlow, 1993	14	60	8*3	

* El estudio no lo deja claro. Numero basado en la descripción del tratamiento. Sesiones a lo largo de seis semanas de evaluación. Pacientes también participan de otras actividades de evaluación (p. ex. ejercicios físicos, reuniones de equipo semanales).

*2 20 sesiones en grupo y dos sesiones individuales iniciales

*3 Aproximadamente

*4 Informa que el tratamiento está inspirado en Beck y Clark pero no cita referencias específicas

ND = No describe

PA = Psicoeducación sobre Asma

Nota: Recuperado de Tarcio, et al., (2013)

3.8.- Limitaciones y Controversias en las Técnicas Psicoterapéuticas Cognitivo Conductuales en Formato Grupal.

La mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales del pánico con y sin agorafobia, suelen incluir, frecuentemente, técnicas terapéuticas tales como la información correctora, la re-estructuración cognitiva, las técnicas de respiración controlada (esta última de eficacia más controvertida) y las técnicas de exposición (Roca, 2000). De entre todas estas técnicas, las que han resultado ser las más eficaces son la reestructuración cognitiva focalizada (de las malinterpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones internas) y la exposición a los estímulos temidos (sensaciones internas temidas y actividades o situaciones en que teme que puedan aparecer dichas sensaciones). Sin embargo, existe controversia acerca de cuál de ellas es más eficaz, y / o de cuál es el elemento crucial por el que se producen los cambios terapéuticos (ibíd.), existiendo dificultad para evaluar la eficacia específica de cada una de ellas por sí misma. Esta dificultad se debe a que los ejercicios llamados experimentos conductuales o de comprobación de hipótesis se utilizan para comprobar la validez de las creencias del sujeto y para facilitar la reevaluación de los estímulos amenazadores quedando establecido que si no se lleva a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz. Sin embargo, Margraf y Schneider, 1991; Salkovskis, et al, 1991; así como Beck, et al, 1994; han demostrado que la reestructuración cognitiva puede ser eficaz incluso en ausencia de cualquier tipo de exposición interoceptiva o situacional. No obstante, otras investigaciones también han mostrado que no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales para obtener efectos comparables a los de la reestructuración cognitiva en cuanto al cambio de cogniciones (ej. Beck, et al, 1994; Bouman y Emmelkamp, 1990; Griez y van den Hout, 1986; Margraf y Schneider 1991; Marks, et al, 1993, y Michelson, et al, 1988 en Roca, 2000). Lo anterior ha sido investigado por Margraf y Schneider (1991) y Bouchard, et al, (1996), los cuales compararon la eficacia de la terapia cognitiva conductual basada en la exposición y la basada en la reestructuración cognitiva, concluyendo que no hay diferencias significativas (ni al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento) en ninguna de las medidas utilizadas (ibid.). De acuerdo a estas investigaciones se ha llegado a consensuar

que el cambio terapéutico se produciría aparentemente, mediante dos mecanismos diferentes: uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias) llegando a concluirse que ambas técnicas pueden tener un efecto en las representaciones internas del paciente (esquemas relacionados con el pánico) pudiéndose aprender que las sensaciones corporales son inofensivas, mediante información verbal (que será más poderosa si va acompañada de alguna confrontación con la realidad similar a la de los experimentos conductuales) o mediante la exposición (Kendall e Ingram, 1987 en Roca, 2000).

Otra de las limitaciones existentes dice relación con uso de la respiración diafragmática y/o la respiración controlada como técnica cognitiva conductual para la disminución de la angustia en el trastorno de pánico. Esta dificultad estaría dada por el sesgo de desconfirmación propio de la técnica respiratoria en cuestión (Clark y Beck, 2012). Lo anterior queda explicado ya que si un paciente recurre a esta técnica de respiración para calmar la sequedad en la garganta (para buscar seguridad) se estaría imposibilitando en la misma persona para que compruebe que la sensación de sequedad efectivamente no le llevará a ningún resultado catastrófico de asfixia (ibíd.). Es por estas razones, que rara vez se incorpora el entrenamiento en relajación al tratamiento basado en exposición. Sin embargo, ocasionalmente, podría ser enseñado como medio de fortalecer el control percibido en los individuos ansiosos que inicialmente rechacen la intervención de exposición a consecuencia de las bajas expectativas de autoeficacia (ibid.)

3.9.- Consolidado Teórico

La presente investigación ha querido elaborar un consolidado teórico desde el modelo cognitivo conductual para el trastorno de pánico considerando cuatro ejes centrales, los cuales serían (1) trastorno de pánico y agorafobia, (2) eficacia en terapias cognitivas conductuales en formato individual y grupal, (3) investigaciones de respaldo y (4) beneficios y limitaciones del modelo. Para el primer eje, se ha querido abordar un marco de referencia acotado y específico, queriendo incorporar los conceptos más actuales del trastorno así como también de la agorafobia, incluyendo definiciones actualizadas, prevalencias, etiopatogenia (sucesos vitales v/s estrés percibido) y datos epidemiológicos

actuales, abarcando el modelo explicativo cognitivo conductual del pánico. Cabe señalar que se señalaron pero no se profundizaron los conceptos como reestructuración cognitiva ni técnicas de exposición para evitar redundar en un conocimiento que se toma como entendido. Para el segundo eje se ha querido revisar dos de los modelos terapéuticos que en la actualidad muestran mayor eficacia y evidencia científica para el abordaje cognitivo conductual del trastorno de pánico en formato grupal, los cuales son: el tratamiento para el control del pánico (TCP) (Barlow, 1988, 1989) y la terapia cognitiva para el trastorno de pánico (TC)(Clark, 1986, 1989) modelos que serán considerados uno de los ejes prioritarios para articular y construir la propuesta psicoterapéutica grupal a desarrollar posteriormente. En el tercer eje y debido a esta relevancia de ambos modelos terapéuticos revisados anteriormente, se ha pretendido revisar la mayor cantidad de investigaciones realizadas a nivel internacional, sudamericano, así como también a nivel local, pretendiendo identificar los elementos comunes y disimiles entre ellas, deteniéndose en las muestras incorporadas, metodologías aplicadas, instrumentos utilizados, estructuras formales de las sesiones, resultados terapéuticos y procesos de seguimientos contemplados. El cuarto eje pretende recabar información sobre los beneficios y logros clínicos alcanzados, así como también identificar las controversias y limitaciones en la aplicación de los modelos y las investigaciones realizadas. Es preciso señalar que no todos los ejes contemplan apartados especiales en el marco conceptual de referencia, ya que se desprenden de la lectura en sí mismos, sin embargo, estos cuatro ejes serán los soportes estructurales que guiarán la investigación en curso, constituyéndose como el andamiaje que no tan solo guiará la propuesta terapéutica cognitiva conductual de formato grupal sino también los resultados y las discusiones posteriores.

4.- METODOLOGIA

El marco metodológico a desarrollar se estructura considerando los siguientes puntos: tipos de estudio, variable independiente, variable dependiente, selección de la muestra, criterios de exclusión, características sociodemográficas de la muestra e instrumentos de evaluación utilizados.

4.1.- Tipo de Estudio

La presente investigación consiste en un estudio mixto, de alcance descriptivo, incorporando un diseño pre experimental de mediciones repetidas a un solo grupo, constituido por una muestra intencionada. Es mixto ya que implica un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Tendrá un alcance descriptivo ya que pretende especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, buscando medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se pretende medir (ibíd.). Con respecto al diseño de la investigación será pre experimental en tanto ser un diseño que contempla un solo grupo (grupo piloto), cuyo grado de control es mínimo, siendo utilizado generalmente como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad (ibíd.). La muestra de la presente investigación es del tipo intencionada pues se escoge ésta intencionadamente (No al Azar) en función de ser personas diagnosticadas con trastorno de pánico con y sin agorafobia.

De lo anterior se estructurarán las variables dependientes e independientes de la investigación las cuales serán:

4.1.1.- Variable Independiente: Intervención terapéutica Cognitivo - Conductual de formato grupal para el manejo del Trastorno de Pánico con y sin agorafobia en un grupo de pacientes del hospital Adriana Cousiño de Quintero. (Ver anexo 1: Protocolo para el tratamiento de la terapia grupal)

4.1.2.- Variables Dependientes: Presencia de Síntomas del Trastorno de Pánico con y sin agorafobia.

4.2 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación contempla un diseño pre experimental de medidas repetidas a un solo grupo (G) el cual será evaluado en 4 oportunidades utilizando seis instrumentos de medición (ver apartado 4.5 Instrumentos de medición). Las mediciones repetidas contemplarán una evaluación antes del inicio de la intervención (O1), otra evaluación durante (O2), a realizarse en la 5° sesión, otra evaluación al finalizar la intervención (O3) para culminar con la última evaluación considerando un seguimiento a 3 meses (O4). (véase la figura 1)

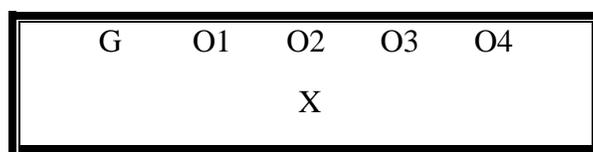


Figura 1: Nomenclatura del Diseño de Investigación

4.2.- Selección de los Muestra

Como se señala anteriormente la muestra de la presente investigación es del tipo no probabilística ya que la elección de los elementos de estudio no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra, constituyéndose como una muestras seleccionada (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) pues se intensiona el ingreso a ella de personas que presentan criterios diagnósticos en referencia al trastorno de pánico con y sin agorafobia. La tabla 2 da cuenta de la constitución de la muestra de estudio, encontrándose las características sociodemográficas de la muestra en la Tabla 3.

Tabla 2
Tamaño muestral

Criterio	Personas
Muestra Inicial	16
Rechazaron Participar	8
Aceptaron Participar	10
Aceptaron Participar con observaciones	2
Constitución de la Muestra	8
Abandonos	0

4.3.- Criterios de Exclusión:

Como criterio de exclusión se consideró la presencia de comorbilidad con psicopatología psiquiátrica severa (depresión severa, ideación suicida o conductas auto líticas, esquizofrenia u otro cuadro psicótico severo, bipolaridad, daño orgánico, consumo problemático de alcohol y drogas y pacientes pertenecientes a contextos biopsicosociales de riesgo severo (violencia intrafamiliar severa), personas con bajo nivel educacional (mínimo requerido: escolaridad básica), personas con historia de enfermedades cardiovasculares (infartos al miocardio, prolapso de la válvula mitral) o con enfermedades respiratorias (asma, obstrucción pulmonar crónica, enfisema pulmonar), diabetes mellitus (hipoglicemia) epilepsia y/o mujeres embarazadas.

4.4.- Características Sociodemográficas de la muestra:

Tabla 3

Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la muestra

Características	Dato	Frec. %
Sexo		
• Mujer	6	75
• Hombre	2	25
Estado Civil		
• Soltero/a	3	37.5
• Casado/a	4	50
• Separado/a o Divorciado/a	1	12.5
Edad (en años) Promedio.	43	
Educación		
• Analfabeto/a	0	
• Sin estudios	0	
• Ed. Básica	2	12.5
• Ed. Media	4	62.5
• Ed. Técnica	1	
• Ed. Universitaria	1	25
Tipo de convivencia		
• Solo/a	0	
• Con familia propia	6	75
• Con familia origen	2	25
• Solo/a con hijos	0	
• Con otros familiares	0	
Profesión		
• Profesionales, técnicos/as y similares.	1	12.5
• Directivos/as y gerentes de Administración		
• Públicas y empresas.		
• Personal servicios administrativos, empresas y adm. pública.		
• Comerciantes, vendedores/as y similares	1	12.5
• Personal Servicios.	1	12.5
• Construcción, industria, minería y transporte.		
• Personas con ocupaciones no bien especificadas.	5	62.5
Situación Laboral		
• Contrato indefinido	1	12.5
• Contrato eventual	1	12.5
• En paro (no primer empleo)		
• Estudiante	2	25
• Labores domésticas	4	50
• Incapacidad laboral transitoria		
• Incapacidad permanente		

Nota: Adaptado de Garriga A. et al.,(2009)

4.5.- Instrumentos de evaluación

Ya formado el grupo de investigación, este será evaluado en cuatro tiempos: antes de la intervención, durante la intervención, al finalizar la intervención y a los tres meses de seguimiento. Debido a que no todos los instrumentos están adaptados ni validados a la realidad local se sugiere precaución con la interpretación de los resultados obtenidos.

En los tiempos de evaluación la batería de instrumentos de evaluación aplicada consta de:

4.5.1.- M.I.N.I PLUS, (Mini International Neuropsychiatric Interview), versión en español 5.0.0: es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el ICD-10. Se selecciona este instrumento teniendo como objetivo pesquisar de manera empírica la presencia/ausencia de síntomas de pánico y agorafobia debiéndose corroborar síntomas de pánico con y sin agorafobia desde el inicio de la intervención.

Propiedades Psicométricas

Estudios de validez y confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I Plus con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI cuyos resultados demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pudiendo ser administrado en un periodo de tiempo promedio de 11.6 minutos obteniendo una media de 15.0 minutos. Como lo reportan otras investigaciones el M.I.N.I tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad de 88% para los nueve trastornos que pretende diagnosticar. (Sheehan et al, 1998 en Valencia A., Pareja A., y Montoya D., 2014). Para mayor información consultar a Amorin (2000) y Hernández (2014).

4.5.2.- CATP, (Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico) (Sánchez et cols., 2015). Adaptación española en 2014. Es una forma abreviada del CPA y se ajusta a los criterios del DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico del Trastorno de Pánico. Consiste en 24 ítems, más un ítem adicional (Ítem 1 del CATP) para registrar la prevalencia anual del ataque de pánico. El CATP incluye las tres escalas siguientes:

(1) Escala de Interpretaciones Catastrofistas al Pánico (EICP): Escala que evalúa la frecuencia de cogniciones catastrofistas asociadas al ataque de pánico. Los ítems describen creencias catastrofistas comunes relacionadas con los ataques de pánico, e incluyen pensamientos relacionados con catástrofes de tipo físico (p.ej., tener un ataque cardíaco), mental (p.ej., no poder pensar o razonar), y social (p.ej., llamar atención o hacer el ridículo).

(2) Escala de Autoeficacia ante el Pánico (EAP): La escala evalúa la confianza para controlar el ataque de pánico sobre la base de cuatro situaciones relacionadas con: (a) al inicio del ataque de pánico, (b) durante el ataque de pánico, (c) para prevenir el escape en situaciones agorafóbicas, y (d) para manejar las interpretaciones catastrofistas.

(3) Escala de Gravedad del Pánico (EGP). Los ítems se refieren al último mes. La EGP consiste en una escala que mide los siguientes ítems: frecuencia de ataques de pánico (último mes), intensidad de los ataques de pánico, gravedad de los ataques de pánico, preocupación por nuevos ataques o sus consecuencias, cambios desadaptativos en la conducta relacionados con los ataques.

Propiedades Psicométricas

Un estudio realizado por Sánchez, Chorot, Valiente y Sandín, (2015), realizó la validación del instrumento teniendo como objetivo investigar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP) incluyendo las tres sub escalas en una muestra de pacientes con diagnóstico principal de trastorno de pánico. Los análisis factoriales exploratorios indicaron una estructura trifactorial de la escala EICP consistente con las tres dimensiones de interpretaciones catastrofistas (física, mental y social). Las restantes escalas (EAP, EGP) exhibieron una robusta estructura unidimensional. Los datos sobre fiabilidad (estructura interna) y validez (convergente y discriminante) muestran que las escalas poseen excelentes propiedades psicométricas y pueden resultar de utilidad para la evaluación de constructos positivos y negativos del trastorno de pánico. Para revisar más detalles acerca de las puntuaciones de la estructura

factorial, fiabilidad, estadísticos descriptivos y correlaciones consultar Sánchez, Chorot, Valiente y Sandín, (2015).

4.5.3.- PDSS, (Panic, Disorder Severity Scale). (Sánchez et cols., 2015). Es una escala de estimación clínica. Se aplicó la versión española adaptada por Sandín (2010). Consiste en 7 ítems, estimados según una escala ordinal de gravedad de 0 a 4 (rango de puntuación total = 0-28). Los ítems se refieren únicamente a la última semana y evalúan la frecuencia de los ataques de pánico, el nivel de malestar asociado a los ataques de pánico, preocupación o nerviosismo por nuevos ataques, evitación exteroceptiva, evitación interoceptiva, interferencia laboral y familiar, e interferencia social. Se seleccionó este instrumento ya que, al igual que el CATP los datos sobre fiabilidad (estructura interna) y validez (convergente y discriminante) muestran que este instrumento poseen excelentes propiedades psicométricas y pueden resultar de utilidad para la evaluación de constructos positivos y negativos del trastorno de pánico, señalándose que entre ambos instrumentos con respecto a las escalas EAP, EGP y PDSS-SR exhibieron una robusta estructura unidimensional. (Sánchez, Chorot, Valiente y Sandín, 2015).

Propiedades Psicométricas

Para la validación de este instrumento se evaluó la consistencia interna en 198 pacientes con trastorno de pánico DSM-III-R dando un alfa de Cronbach de 0,64. Con respecto a la confiabilidad, esta obtuvo una variación de rango de entre un 0,84 a los 0,88 para evaluadores entrenados. La puntuación total del instrumento mostró correlaciones moderadas en ambas clasificaciones de gravedad de pánico en donde se utilizó la entrevista para los trastornos de ansiedad - revisada (ADIS-R) ($r = 0,54$) y la escala de impresión clínica global (CGI) ($r = 0,66$) (DiNardo y Barlow 1988). En los puntajes individuales el PDSS obtuvo una fuerte correlación con la entrevista semi estructurada ADIS-R ($r = 0.60-0.78$) alcanzando correlaciones significativas en ítems relacionados con: la frecuencia del pánico ($r = 0.71$), ansiedad anticipatoria ($r = 0.78$), evitación agorafóbica ($r = 0.73$), sensación de miedo y evitación ($r = 0.69$), concluyéndose que el PDSS ha demostrado ser

sensible a los cambios con el tratamiento. Para mayor información consultar a Wuyek, Antony, McCabe, (2011).

4.5.4.- OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia es un cuestionario de autoevaluación que mide resultados en psicoterapia, tanto antes, después como sesión a sesión. El OQ-45.2 incorpora escalas de síntomas en la primera de sus subescalas, pero agrega dos subescalas más: de relaciones interpersonales que busca cumplir con una función similar al Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz y cols., 1988) y de rol social, que busca medir adecuación al trabajo estudio, tiempo libre, similar al Social Adjustment Scale. Es un cuestionario que busca medir estado, no rasgo, por lo que resulta conveniente resaltar también, la primera vez de aplicación, que contesten en función de cómo se han sentido la última semana. También es necesario recalcarles la importancia de contestar las preguntas de una manera honesta consigo mismos. Es una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal. Se responde eligiendo entre cinco categorías de acuerdo a qué tanto le ocurre lo señalado en cada uno de los items: “Nunca”, “Casi nunca”, “A veces”, “Con frecuencia” y “Casi siempre” (Von Bergen y Parra, 2002). Se seleccionó este instrumento ya que se encuentra validado y adaptado en Chile por Von Bergen y de la Parra (2002). En esta investigación el instrumento demostró ser confiable, mostrando tener validez concurrente con un instrumento chileno que mide sintomatología quedando validada su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste, criterio prioritario para evaluar el cambio terapéutico que pretende generar la presente investigación.

Propiedades psicométricas

Los valores de correlación para la confiabilidad test re-test se obtuvieron a través de la primera y segunda aplicación del instrumento OQ-45.2 a 101 alumnos vespertinos del Duoc, “sin necesidad de psicoterapia”. La segunda aplicación se realizó después de dos semanas. La confiabilidad se obtuvo considerando la consistencia interna calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de consistencia de 0,91.

Considerando el mismo grupo de 101 alumnos y utilizando como instrumento de comparación el DAS que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,76. En cuanto a la validez de constructo y sensibilidad al cambio, se realizó un seguimiento a 41 estudiantes de los 101 contemplados en la muestra inicial, obteniendo un “t pareado total” de 6,19 valor que muestra que el instrumento es sensible a los cambios terapéuticos. Para ver el detalle de las propiedades psicométricas consultar Von Bergen y de la Parra (2002).

4.5.5.- STAI, Inventario de Ansiedad (Estado - Rasgo). El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es un instrumento creado y utilizado para evaluar ansiedad en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo (Spielberger, 1994). El cuestionario consta de dos sub escalas compuestas de 20 reactivos cada una de ellas, las cuales evalúan la ansiedad como estado (STAI-S) y ansiedad como rasgo (STAI-T). La sub escala de Ansiedad Estado (STAI-S) busca medir la ansiedad transitoria, es decir, las personas deben contestar como se perciben a sí mismo/a en un momento dado. El sujeto debe marcar una opción de respuesta para cada afirmación, la cual esta graduada 0 a 3, donde 0 es significa Nada, 1 Algo, 2 Bastante y 3 Mucho (Vera et al, 2007). En la sub escala de Ansiedad Rasgo (STAI-T) se busca medir la ansiedad permanente. Las personas encuestadas deben marcar una alternativa en relación a como generalmente perciben su ansiedad. El sujeto tiene la opción de marcar cada afirmación de acuerdo a un puntaje graduado de 0 a 3, en donde 0 significa casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre (Vera et al, 2007 en Burgos y Sepulveda, 2013). Se seleccionó este instrumento por ser uno de los ampliamente utilizados en investigaciones relacionadas con síntomas ansiosos, entregando información consistente sobre la presencia de los síntomas ansiosos relativos a la ansiedad estado y a la continuidad de los mismos relativos a la ansiedad-rasgo, este último no contemplado en los demás instrumentos seleccionados para la presente investigación.

Propiedades psicométricas

A pesar que han existido estudios nacionales en diversas poblaciones (Vera, Celis, Cordova, 2007; Burgos y Gutierrez, 2013) estos no han sido concluyentes para su

validación completa, encontrándose solo una adaptación parcial. Sin embargo, y en lo que respecta al análisis de fiabilidad en la investigación realizada por Burgos y Gutiérrez (2013), se concluye que el instrumento es altamente confiable, tanto a nivel general como en las dos sub escalas, presentando alphas de Cronbach muy parecidos a los arrojados en la adaptación realizada en Santiago de Chile (Vera et al, 2007). El cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) obtuvo un alpha de Cronbach de 0,91 para la escala total, en tanto, la sub escala de Ansiedad Estado presentó una confiabilidad 0,85 y la sub escala de Ansiedad Rasgo de 0.90. Consecuentemente, estos altos valores en los análisis de fiabilidad, dan indicios de una adecuada consistencia interna del instrumento pudiendo discriminar y ser aplicado para la pesquisa de síntomas ansiosos de ambas escalas. Para mayor detalle de las propiedades psicométricas consultar Vera, Celis, Cordova, (2007) o Burgos y Gutiérrez, (2013).

4.5.6.- BAI, Inventario de Ansiedad. (Beck y Steer, 1993). La escala BAI es un instrumento de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno (0 = nada, 1 = levemente, 2 = moderadamente y 3 = severamente). Este instrumento mide de manera auto informada el grado de ansiedad en los sujetos para su diagnóstico, tratando de discriminar entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas teniendo, además, una amplia aceptación internacional dadas sus adecuadas propiedades psicométricas (Piotrowski, 1999). Se seleccionó este instrumento ya que está especialmente diseñado para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada (Sanz et cols, 2012).

Propiedades psicométricas

Un estudio realizado por Sanz y Navarro (2003) de la versión española del BAI en una muestra de universitarios ibéricos mostró resultados positivos tanto respecto a su consistencia interna (coeficiente alfa de 0.88) como a su capacidad de identificar ansiedad patológica en la población no clínica. Una investigación Chilena desarrollada en población adolescente que pretendía adaptar y validar este instrumento, confirmó las adecuadas

propiedades psicométricas del mismo mostrando una confiabilidad observada para la escala BAI correspondió a un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90 para la muestra en su conjunto (N = 871), lo cual resulta altamente satisfactorio. Para mayor información con respecto a las propiedades psicométricas consultar Cova, Melipillán y Rincón, (2007).

4.6.- Plan de análisis de los resultados

El presente estudio se constituye como una investigación de tipo mixta entregando resultados cuantitativos y cualitativos. El plan de análisis comprende realizar una exhausta revisión de todo el material surgido en la intervención psicoterapéutica grupal realizada, contemplando todo el material que emergiera durante todo el proceso y no solamente de las sesiones. El proceso de recolección de datos será llevado a cabo habiendo utilizado el método observacional debiéndose dar cuenta de variables del ambiente físico en juego, aspectos relacionales, relatos humanos de hitos biográficos en los participantes, clima en general percibido, dinámicas desarrolladas, relaciones interpersonales emergentes, hechos relevantes, recurriendo además al material escrito, filmado, registrado de las tareas realizadas por los participantes, incluyendo, además, las revisiones en fichas clínicas formuladas hasta el proceso de seguimiento de tres meses. Para el análisis de resultados cuantitativos, se calcularán las puntuaciones totales y por sub escalas de los seis instrumentos de evaluación aplicados a una muestra de 8 pacientes. Estas mediciones están planificadas para ser aplicadas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante y al término, contemplando un seguimiento a 3 meses. Una vez que se tengan las tabulaciones de las pruebas y las puntuaciones totales y pos sub escalas se dará paso a la realización del análisis estadístico respectivo. Para ello, se compararán los resultados utilizando el software IBM SPSS Statistics Base versión 20, realizando un análisis de las pruebas no paramétricas, utilizando el estadístico de Friedman, contemplando un p - valor $\leq 0,001$ considerando una región crítica al 90%. El objetivo de comparar más de dos mediciones de rangos, dice relación con poder determinar si las diferencias que puedan encontrarse, sean estadísticamente significativas. Para finalizar, se vincularan y conectaran analíticamente ambos resultados a fin de poder contrastar, comparar y construir una visión más integral de lo expuesto entre ambos apartados anteriores.

5.- PROTOCOLO DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE FORMATO GRUPAL DEL TRASTORNO DE PÁNICO: APROXIMACIONES.

La presente propuesta de terapia cognitivo - conductual de formato grupal ha sido elaborada basándose en dos de los modelos que cuentan con el mayor respaldo y evidencia científica en cuanto a ser considerados como tratamientos bien establecidos en el trastorno de pánico. Estos dos modelos son el tratamiento del control del pánico (TCP), (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989). El protocolo intenta calibrar de manera equitativa estos dos énfasis de los modelos anteriores, determinando que en su estructura estén presentes ejercicios de exposición interoceptiva y reestructuración cognitiva en la mayoría de las sesiones programadas.

5.1.- Aspectos Formales

- a) 10 sesiones de 2 horas de duración.
- b) Recurso Humano: Debido al tamaño de la muestra se contempla un psicólogo principal quien liderará la intervención. En muestras igual o mayor a 12, se sugiere un co-terapeuta.
- c) Las sesiones se realizan con una frecuencia de una vez por semana.
- d) Al inicio del taller se les entregarán a los participantes una carpeta personalizada en donde se incluirá los formatos de auto registros a utilizar agregando material educativo adicional (Guía1: “Aprenda a controlar sus pensamientos ante el pánico y Guía 2: “En qué consiste el trastorno de pánico”).
- e) Todas las sesiones deberán ser realizadas en una sala de trabajo grupal cómoda, con espacio suficiente para el desplazamiento holgado de cada persona, resguardando condiciones de privacidad, higiene, seguridad, aislamiento de la temperatura y ruido ambiente.

5.2.- Instrucciones Generales

- a) Se les solicitará a las pacientes del grupo psicoterapéutico, asistir a las sesiones vestidos de manera cómoda y holgada de manera de facilitar la ejecución de los ejercicios de exposición interoceptiva programados.
- b) Se deberá enfatizar el compromiso de participación en la sala grupal mientras duren las actividades de las sesiones.
- c) Se reforzará el compromiso para con el taller en asistencia y puntualidad.
- d) Celulares deberán, en lo posible, permanecer en silencio mientras duren las sesiones y los ejercicios.
- e) Se reforzará la existencia de un clima de apoyo y respeto mutuo ante ejercicios y/o situaciones que pudiesen resultar incómodas de realizar.
- f) Se enfatizará el compromiso de no mencionar nada fuera del contexto de terapia que pudiese menoscabar o ir en desmedro de los demás compañeros. (Confidencialidad)

5.3.- Estructura de las Sesiones

- a) Saludos Inicial
- b) Revisión de los formatos de autorregistro suministrados y/o de las tareas y/o ejercicios encomendados. (a excepción de la primera sesión).
- c) Realización del módulo psicoeducativo y/o dinámica principal.
- d) Familiarización con los formatos de autorregistros y refuerzo en formatos ya utilizados. (para formatos ver ANEXO)
- e) Actividades y/o tareas para realizar en casa o fuera de la terapia grupal
- f) Cierre: enfatizando la pregunta ¿Qué aprendimos hoy?

5.4.- Sesiones

- Para ver el detalle del protocolo consultar al correo: romualdobermudez@gmail.com.

6.- RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados cualitativos obtenidos durante la puesta en práctica del protocolo de la terapia cognitiva conductual de formato grupal (PTCCG) para el trastorno de pánico. Para ello se procedió a utilizar principalmente el método observacional. Posterior a la presentación de estos resultados, se procederá a exponer los resultados cuantitativos alcanzados en la tabulación de los instrumentos con el correspondiente análisis estadístico respectivo. Para finalizar, se llevará a cabo un análisis mixto de los resultados, teniendo como objetivo vincular ambos resultados de los participantes a fin de obtener una visión más integral de los mismos.

6.1- Resultados Cualitativos

A continuación se detallan los resultados cualitativos observados a lo largo de toda la aplicación del PTCCG dentro de los cuales se detalla: la confección de la muestra, espacios e infraestructura, preparación de las sesiones y formalidad, adherencia al tratamiento, actitud, relaciones interpersonales y clima, acerca de las sesiones, elementos biográficos más importantes de los participantes e hitos biográficos comunes entre los mismos.

6.1.1.- Confección de la muestra

Para dar marcha a la aplicación del PTCCG se procedió a constituir la muestra de estudio. Para establecer la misma el procedimiento contempló la recopilación de los antecedentes estadísticos del programa de salud mental en el periodo comprendido entre los meses de Agosto del 2014 a Agosto del 2015, seleccionando todas aquellas cartolas diagnosticas de los pacientes que cumpliesen los criterios diagnósticos de trastorno de pánico con o sin agorafobia consultando, además, las fichas clínicas con el objetivo de corroborar el cumplimiento de los criterios de exclusión detallados anteriormente, seleccionando pacientes hombres y o mujeres dentro del rango etario de 20 a 65 años de edad, no discriminando si pudiesen estar en tratamiento farmacológico y/o psicoterapia o ambos. Una vez constituida la muestra inicial, que en un primer momento contempló 16 personas,

se suministró el documento de “consentimiento informado” (ver anexo 3) el cual se informó de manera general en una reunión integrada por estos 16 participantes involucrados. Dentro de un ambiente cómodo y acogedor se procedió a entregar información sobre la investigación en curso (siguiendo el formato de consentimiento informado) dando cuenta de las orientaciones preliminares (estructura del taller, fechas, hora, tiempo destinado, etc), objetivos, recursos asociados, beneficios, confidencialidad y consecuencias a corto, mediano y largo plazo. No se omitió ningún tipo de información y se cuidó en contestar a todas las preguntas realizadas. Las ocho personas que rechazaron participar señalaron no poder asistir debido a incompatibilidad con horarios designados, dificultad con permisos laborales para ausentarse una vez por semana, motivos económicos (gasto en locomoción, dejar de trabajar, etc), motivos familiares (al cuidado de sus hijos pequeños) y de lejanía al dispositivo de salud por encontrarse en una zona rural y/o por, simplemente, no estimarlo necesario. De las diez personas que componían esta muestra preliminar, existieron dos personas que aceptaron “participar con observaciones”. Una de estas personas consentiría su participación bajo la única condición de tener que hablarlo primeramente con su jefatura y obtener la autorización respectiva, autorización que no llegó. La otra persona, a pesar de señalar su interés, refirió no poder estar seguro en poder asistir ya que se encontraba esperando una respuesta de un trabajo (Barman en Centro Recreacional) por lo que no sabía si el horario nocturno a desarrollar le iría a ser cómodo para asistir a las sesiones contempladas en las semanas siguientes. Ya seleccionadas las personas de la muestra (8 como muestra definitiva) se les suministró el formato de consentimiento informado para que pudiese ser firmado en dos copias. Se procedió a leerlo en voz alta y una vez terminado se entregó un espacio de 20 minutos para que los participantes pudiesen revisarlo individualmente y para que pudiesen hacer preguntas. Una vez firmado el documento, se dio la bienvenida y se procedió a entregar la calendarización de las sesiones contempladas en el programa.

6.1.2.- Espacios e infraestructura

La aplicación del PTCCG se llevó a cabo en el Hospital Adriana Cousiño de Quintero, específicamente en dependencias del programa de salud mental, el cual cuenta con una sala

especialmente habilitada para trabajos grupales, destinándose principalmente, al trabajo preventivo y promocional en salud. Esta sala, al momento de la intervención, contó con luz natural, piso alfombrado, sillas acolchadas, material audiovisual (proyector, computador y pantalla de tela blanca), pizarra acrílica y colchonetas, elementos que fueron utilizados en la mayoría de las sesiones. Sumado a lo anterior, esta sala grupal contó con una suficiente aislación de ruido ambiente (debido a su ubicación de difícil acceso) factor que permitió resguardar el acceso de la información, garantizándose el resguardo de la confidencialidad de los participantes, evitándose, además, distractores propios en contextos asistenciales cercanos a las salas de espera (como ruidos, risas, llantos, etc). Como limitaciones del espacio, se encontraron una deficiente aislación de la temperatura y ventilación. Este último factor, a pesar de ser considerado como limitación, fue de gran utilidad técnica para la puesta en práctica de algunos ejercicios de exposición interoceptiva contemplados, sobre todo en los ejercicios de hiperventilación, ya que contribuía a generar un aumento en la sensación de sofocación y falta de oxígeno como síntoma de re experimentación de las crisis de pánico.

6.2.3.- Preparación de las sesiones y formalidad

Antes de comenzar cada sesión, se cuidó rigurosamente en cumplir con los insumos necesarios descritos en el PTCCG (véase anexos 1) revisando los materiales audiovisuales y de su buen funcionamiento y revisando también los materiales de apoyo que se iban a necesitar en cada una de las sesiones de exposición (silla giratoria, vasos de agua, cánulas o bombillas). Esto permitió cumplir con los tiempos programados para cada actividad, resguardando horarios de inicio y termino de cada sesión, contribuyendo al aspecto formal en cada una de ellas. Sin embargo, al interior de cada sesión, muchas veces tuvieron que ir adecuándose y adaptándose, sobre la marcha, algunos tiempos y procedimientos programados teniendo como objetivo respetar los aspectos formales del protocolo sin que ello coartase las posibilidades que el espacio psicoterapéutico fuese una instancia de apertura a nuevas experiencias de aprendizaje.

6.2.4.- Adherencia al tratamiento

De acuerdo a la experiencia de otros taller realizados por el programa de salud mental en la ciudad de Quintero , ciudad que cuenta con una población de 26.000 habitantes (INE, 2012) se ha podido constatar una dificultad manifiesta de la población en adherir a iniciativas de tratamientos grupales, encontrándose frecuentemente la creencia que es precisamente en estas instancias donde “mi vecino o conocido podrá conocer mis problemas”, infiriéndose una muy alta probabilidad que se divulgue a otras personas. Para prevenir esta falta de adherencia, se procedió a llamar por teléfono a cada uno de los participantes el día anterior a cada una de las sesiones calendarizadas, motivándoles y recordándoles que su asistencia era fundamental no tan solo para ellos sino que también para el estudio del cual ellos eran parte. Este último punto adquiere relevancia significativa, ya que esta medida, en conjunto con la administración del consentimiento informado, generó un sentimiento muy fuerte en cuanto a sentirse ser parte de algo importante. Habiendo incorporado esta medida, se obtuvo como resultado una muy alta adherencia al tratamiento, no existiendo abandonos registrados.

6.2.5.- Actitud, relaciones interpersonales y clima.

Desde un principio, se estableció que la actitud del profesional que lideraría las sesiones debería de ser participativa, impartiendo todas las temáticas suministradas bajo una modalidad no docente - instruccional, pero si, dirigiendo y orientando el aprendizaje mutuo y socializador de manera indirecta. Esta modalidad permitió generar un clima colaborativo y altamente participativo al interior de las sesiones, en donde se generaron instancias de apertura a hitos biográfico relevantes que podían ser mencionados libremente, respetándose los tiempo de evolución propios de cada uno de los participantes, no presionando directamente en los ejercicios de exposición, pero si utilizando la fuerza propia de la dinámica grupal para cumplir con los lineamientos de exposición trazados, ya que todos los ejercicios programados, se sustentaban en intentar poner en práctica estrategias cognitivas y conductuales que permitiesen comprobar si los que habían estado pensando y creyendo durante todo el tiempo del trastorno de pánico eran real o no. Esto apertura generó un clima

distendido y muy entretenido durante el desarrollo de las sesiones, generándose dinámicas de aprendizaje que surgían entre los mismos participantes, motivándose mutuamente en asistir a las sesiones posteriores, en realizar los ejercicios de exposición y llegando a existir, en etapas avanzadas de PTCCG, bromas y risas durante la realización de ejercicios de exposición más avanzados.

6.2.6.- Acerca de las sesiones.

Para ver el detalle del protocolo consultar al correo: romualdobermudez@gmail.com.

6.2.7.- Elementos biográficos más importantes de los participantes

A continuación se detallarán las historias biográficas de los participantes, señalando aspectos generales y significativos de sus historias de vida (para observar más detalles de sus historias ver anexos 2) incorporando, además, el comportamiento que cada uno mostró en las sesiones realizadas.

Paciente 1: Lorena, 49 años. “Las mil y una noches”

Familia de Procedencia: Familia biparental, es la segunda hija de tres hermanos.

Infancia: Disfunción familiar (Padre alcohólico quien ejercía violencia intrafamiliar a madre y hermanos, madre pasiva).

Escolaridad: Interrumpida en octavo año básico, debiendo vincularse en actividades laborales (comercio ambulante).

Relación de Pareja: Cuatro años de relación con pareja el cual es tres años mayor que ella. En este matrimonio nace su primer hijo. Separación por violencia intrafamiliar de tipo física y psicológica. Reinicia su vida afectiva con pareja 30 años mayor que ella, se casan después de tres años de relación naciendo su segundo hijo. Actualmente en una relación estable.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno ansioso depresivo; Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Fallece su esposo a los 80 años de un ataque cardíaco, duelo patológico.

La primera crisis de pánico: Con una sensación previa de temor, viendo una telenovela cerca de las 23:45 horas, acontece su primera crisis de pánico.

Comportamiento en Sesiones: Lorena desde un inicio impresionaba como una mujer alegre y esforzada, llegando a las sesiones siempre de las últimas, sonreía espontáneamente cuando algún otro participante le hacía una broma, devolviendo éstas a sus compañeros siempre con una actitud de respeto y cordialidad colaborando en generar un clima cálido y distendido. Se mostraba participativa en todas las sesiones y, a pesar de la ansiedad mostrada frente a algunos ejercicios de exposición, los realizaba de igual manera compartiendo sus impresiones con soltura hacia los demás compañeros.

Paciente 2: Elena, 42 años, “La fábrica de Champiñones”

Familia de Procedencia: Familia monoparental, hija menor de trece hermanos, sufre abandono de padre antes de nacer.

Infancia: abuso sexual a los 8 y 10 años, hogar con precariedad económica.

Escolaridad: Interrumpida en octavo año básico, debiendo vincularse en actividades laborales (comercio ambulante).

Relación de Pareja: Contrae matrimonio a los 20 años, relación de la cual nacen sus dos hijos, sufre violencia intrafamiliar severa. Separación traumática con custodia policial. Reanuda su vida de pareja. Actualmente relación estable.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno ansioso depresivo; Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Maltrato y hostigamiento laboral por parte de compañeros de trabajo.

La primera crisis de pánico: ordenando y planchando el uniforme de trabajo para ir a trabajar al día siguiente.

Comportamiento en Sesiones: Elena presentaba una apariencia cuidada, asistiendo a las sesiones de manera puntual. Impresionaba como una mujer que no le incomodaba compartir sus vivencias significativas con el grupo, señalando sentirse muy orgullosa de haber superado su contexto de violencia intrafamiliar y de disfrutar de su relación de pareja actual, con la cual se sentía estable y protegida. En el trato con los demás participantes mostraba ser cordial y respetuosa con las observaciones y los tiempos de los demás.

Paciente 3: Margarita, 56 años, “Dos terremotos”

Familia de Procedencia: Familia monoparental, padre ausente desde nacimiento, madre fallece cuando la paciente tendría 3 años de edad en donde se hace cargo de ella su tía materna.

Infancia: Regalona de la familia, sobreprotegida y mimada, dependiente de tía materna.

Escolaridad: Educación media completa.

Relación de Pareja: Casada por más de 35 años, una hija (35) quien es madre soltera de una niña.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno ansioso depresivo; Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Tía materna es diagnosticada de cáncer falleciendo el 2013.

La primera crisis de pánico: En festividades de fiestas patrias decide salir a las ramadas locales y bebe dos “terremotos”, llega a su casa y comienza su primera crisis de pánico.

Elemento significativo: Asume los cuidados de su nieta cuando esta estaba recién nacida de manera de ayudar a su hija en sus estudios y trabajo. Durante el mes de noviembre del 2015 su nieta, de 10 años, le refiere que a principio del 2016 se irá a vivir a la casa de su mamá, ya que ésta habría congelado los estudios, pudiendo tener más tiempo para poder vivir juntas.

Comportamiento en Sesiones: Margarita impresiona como una mujer de carácter reservado, siendo cauta y prudente con sus comentarios personales. Sin mostrar mucha sociabilidad con el resto de los participantes se limita a realizar las indicaciones descritas en las sesiones. Uno de los aspectos importantes tenía relación con que en gran parte de las sesiones, sobre todo en los ejercicios de exposición, mostraba una falta de congruencia entre lo que decía y lo que mostraba gestualmente. En efecto, antes de realizar los ejercicios de exposición, en alguno de ellos, se notaba ansiosa y con bastante miedo, siendo también visible para los demás participantes quienes observaban sus ojos más abiertos y su respiración un poco más acentuada. Para contrarrestar su ansiedad los demás participantes la animaban verbalmente a disminuir su temor. Sin embargo, y al preguntarle cómo se sentía, refería estar “bien”, y que “estaba tranquila”.

Paciente 4: Gonzalo, 22 años, “Playa Cau-Cau”

Familia de Procedencia: Familia biparental, religión “Testigos de Jehová”, padres ausentes por razones laborales. Es el hijo menor de tres hermanos.

Infancia: Dependencia afectiva hacia hermano mayor, existiendo una dinámica dependiente y apegada a las creencias religiosas.

Escolaridad: Media completa

Relación de Pareja: Relación de pololeo hace más de cuatro años.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno ansioso depresivo; Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Quiebre en la relación con hermano mayor. Deja la casa de sus padres.

La primera crisis de pánico: Ver la crisis de pánico de su polola ante el consumo de marihuana y alcohol, y no saber qué hacer.

Comportamiento en Sesiones: Gonzalo fue el participante que se mostró más estable a lo largo de la mayoría de las sesiones, impresionando como un joven tímido en un inicio y desarrollando más confianza en las sesiones posteriores, dentro de las cuales reía y participaba animadamente, compartiendo anécdotas de la semana con los demás. Como dato importante, y ya en sesiones finales, comenzaría a proponer aumentar los ejercicios de exposición en sus tiempos e incluso mezclarlos para que generara más activación interoceptiva.

Paciente 5: Miguel, 22 años, “La cirugía dental”

Familia de Procedencia: Familia biparental, el mayor de tres hermanos.

Infancia: Separación de sus padres. Decide quedarse con su padre. Relación de lejanía y distanciamiento afectivo con éste, así como también con su madre.

Escolaridad: Estudios técnicos superiores. Fracasa en estudios de programador en computación. Se interesa en carrera relacionada con gastronomía, al no haber vacantes, termina estudiando asistente dental.

Relación de Pareja: No se observa.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno ansioso depresivo; Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Abandono por parte del padre hacia él y hermano menor.

La primera crisis de pánico: Recuerda, relatando hacia una compañera de curso, su primera intervención quirúrgica como asistente dental.

Comportamiento en Sesiones: Miguel presentaba evidentes signos de ansiedad desde un inicio, hablando muy rápido desarrollaba la tendencia a mostrarse tenso, callado y nervioso. Esta sensación iría desapareciendo rápidamente mientras avanzaban las sesiones tercera y cuarta, mostrándose menos ansioso y más relajado. En efecto, lograba participar sin observarse algún problema en la ejecución de los experimentos conductuales, muy por el contrario, participaba en las dinámicas surgidas, sonriendo y verbalizando sin problemas sus hitos biográficos, participando en algunas bromas y realizando muy buenas relaciones con Gonzalo y Cristina.

Paciente 6: Ester, 54 años, “Kiara”

Familia de Procedencia: Familia biparental, siendo la mayor de cuatro hermanos.

Infancia: Alcoholismo de ambos padres, abuso sexual desde los 6 a los 10 años, maltrato infantil, infancia parentalizada.

Escolaridad: Interrumpida en quinto año básico, debiendo vincularse a labores de hogar.

Relación de Pareja: Casada hace más de 38 años, relación de la cual nacerían 2 hijos. Marido con consumo problemático de alcohol, víctima de violencia intrafamiliar.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno depresivo moderado; Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor, Trastorno de ansiedad por enfermedad con solicitud de asistencia, Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Contexto de vulneración de derechos (abandono y maltrato) de su nuera en contra de nieta Kiara. Paciente asume los cuidados legales.

La primera crisis de pánico: Tras recibir amenazas de agresión física en contra de ella y su nieta, una noche cuando ya las cosas se había calmado un poco, ya estando conciliando el sueño presenta la primera crisis de pánico.

Elemento significativo: el mes de diciembre del 2015, Kiara, en conjunto con su padre deciden ir a vivir juntos con el objetivo de querer afianzar la relación de ambos. A finales de diciembre del 2016, la paciente presentaría un aumento significativo de su cuadro

ansioso depresivo (tristeza, soledad, no saber qué va a pasar con Kiara, insomnio de conciliación, preocupación constante).

Comportamiento en Sesiones: Ester fue la participante más retraída de los participantes, mostrando dificultades desde un inicio para establecer algún vínculo social con ella. Impresionaba como una persona silenciosa, cauta y un tanto desconfiada con los demás, no preguntando cuando no entendía alguna indicación entregada. Es por esto que muchas veces se le tuvo que explicar más de alguna vez el objetivo de los ejercicios realizados. Mujer de pocas palabras con sus observaciones y con sus hitos biográficos, no parecía disfrutar del clima de cordialidad ni de apertura que se generaba en las sesiones, manteniéndose fuera de la dinámica, riendo en algunas veces solo por condescender. A pesar de lo anterior, y cuando los demás realizaban los ejercicios de exposición, Ester se mostraba con una angustia visiblemente aumentada, sin embargo, lograba realizar los ejercicios de exposición. Su actitud no mostró cambio a lo largo de toda la implementación del protocolo.

Paciente 7: Cristina, 41 años. “Los Vilos”

Familia de Procedencia: Familia biparental siendo la menor de 5 hermanos.

Infancia: Padres ausentes la mayor parte del tiempo por motivos laborales, asume los cuidados informales su tía materna (quien define como su verdadera mamá), buena relación afectiva con su padre quien se encuentra abstinerente respecto a consumo de alcohol. Infancia en general sobreprotegida, “muy regalona”. Padre presentaría una recaída alcohólica cuando la paciente tendría 17 años. El modo de enfrentamiento sería ir a alojarse frecuentemente a casa de amigas.

Escolaridad: Media completa.

Relación de Pareja: Contrae matrimonio tras un breve periodo de noviazgo, del cual nacen sus 3 hijos. Viven en casa de sus suegros por un periodo de 5 años, señalando la paciente que siempre estuvo acompañada y que nunca se sintió sola.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Tras estos 5 años, su marido en conjunto con ella deben trasladarse a la ciudad de Los Vilos.

La primera crisis de pánico: Estando en Los Vilos, ve, cerca de su casa, a una persona merodeando por su casa, surgiendo la primera crisis de pánico, debiendo trasladarse nuevamente a la ciudad de Quintero donde su suegra.

Comportamiento en Sesiones: Cristina, en un inicio, fue la participante que se mostraba más paralizada al interior de la sala grupal, participando muy poco y contestando a las preguntas realizadas casi con monosílabos. Posteriormente se sabría que esa primera sesión era la primera vez que salía de la casa sola después de muchos años. A medida que avanzaban las sesiones Cristina iría desarrollando más seguridad en sí misma, compartiendo con los demás participantes y haciendo amistad con Gonzalo y Miguel, con los cuales compartían sus observaciones libremente ya a la cuarta sesión. Al finalizar las sesiones mostraba una actitud de seguridad y autoconfianza significativa.

Paciente 8: Roxana, 55 años, “La operación”

Familia de Procedencia: Familia biparental, siendo la mayor de tres hermanas. Padre ausente, Madre estricta (frialidad afectiva).

Infancia: Clima de distanciamiento afectivo de su madre, quien ejercía un control riguroso de las decisiones de la familia.

Escolaridad: Media Completa.

Relación de Pareja: Contrae matrimonio tras breve noviazgo del cual nacen sus dos hijos. Tras infidelidad por parte de su marido se da lugar a una separación. Rehace su vida afectiva. Actualmente disfruta de una relación estable.

Diagnósticos de Salud Mental: Trastorno de ansiedad por enfermedad; trastorno de pánico con agorafobia.

Elemento contextual previo a la crisis de pánico: Haber recibido el diagnóstico de miomas uterinos en donde su madre no parece haber mostrado la preocupación que ella esperaba.

La primera crisis de pánico: Viniendo de regreso a casa tras haber conversado con el médico que la iba a operar.

Elemento significativo: Tras el fallecimiento de su padre, la paciente ha debido cuidar a su madre de manera frecuente durante 10 años. En marzo del 2016 su marido le comunica que debe irse a Iquique por traslado de trabajo de manera indefinida debiendo decidir si irse a Iquique con su marido o quedarse a cuidar a su madre por más años. Muestra elevados signos de ansiedad, por el costo familiar que esta decisión conlleva.

Comportamiento en Sesiones: Roxana impresionaba como una mujer respetuosa, correcta y apegada a las normas. Fue la participante que mostraría elevados montos de ansiedad inicial y final, observándose mayor resonancia de su angustia al realizar los ejercicios de exposición contemplados. En efecto, fue la participante, en conjunto con Margarita, quienes mostraron una mayor angustia al realizar los ejercicios, teniendo que ir modificando sus ejercicios en el camino para que los hiciera correctamente y no les disminuyera la intensidad arbitrariamente. Sin embargo, posterior a la activación interoceptiva generada, era capaz de volver a realizar los ejercicios. Siempre cálida en su trato a los demás participantes.

6.2.8.- Sucesos Vitales Comunes entre los Participantes

Para finalizar, y a modo de resumen, se exponen los sucesos vitales comunes entre los participantes, los cuales se encuentran detallados en la Tabla 4.

Tabla 4
Sucesos vitales comunes en los participantes

Sucesos Vitales	1	2	3	4	5	6	7	8
Padre alcohólico en infancia	x							
Padre abandona núcleo familiar en infancia	x	x						
Padres ausentes por motivos de trabajo en infancia				x			x	
Relación paterna sustituta (Tía, tío, hermano)			x	x			x	
Ambos padres alcohólicos en infancia						x		
Violencia intrafamiliar en infancia	x					x		
Abuso sexual en infancia		x						
Violación en infancia						x		
Deserción escolar	x	x				x		
Trabajo Infantil	x	x				x		
Separación de padres en infancia	x	x			x			
Fallecimiento de personas significativas en infancia			x					
Infancia sobreprotegida			x				x	
Enfermedad en la adultez								x
Pareja anterior con dependencia alcohólica y/o drogas	x	x				x		
Víctima de violencia intrafamiliar en relación de pareja	x	x				x		
Separación de pareja y/o cónyuge	x	x				x		x
Actualmente con cónyuge o en relación afectiva		x	x	x		x	x	x
Fallecimiento de personas significativas en adultez	x		x					x
Crianza de nietos			x			x		
Distanciamiento actual de personas significativas			x			x		x
Trastorno ansioso depresivo	x	x	x	x	x			
Trastorno depresivo mayor						x		
Trastorno somáticos y ansiedad por enfermedad						x		x
Trastorno de pánico con agorafobia	x	x	x	x	x	x	x	x

6.3 Resultados Cuantitativos

Para el análisis de resultados cuantitativos, se calcularon las puntuaciones totales y por subescalas de los seis instrumentos de evaluación aplicados a una muestra de 8 pacientes considerando 4 tiempos de medición (antes, durante, al término, y a seguimiento de 3 meses). Una vez realizadas las tabulaciones de las pruebas y las puntuaciones totales, se expone el análisis estadístico respectivo. Para ello, se compararán los resultados utilizando el software IBM SPSS Statistics Base versión 20, realizando un análisis de las pruebas no paramétricas, utilizando el estadístico de Friedman, contemplando un p - valor $\leq 0,001$ considerando una región crítica al 90%. El objetivo de comparar más de dos mediciones de rangos, dice relación con poder determinar si las diferencias que puedan encontrarse, sean estadísticamente significativas. La condicionante en todas las pruebas utilizadas, infiere que a menor puntuación menor es la presencia de síntomas del trastorno de pánico con o sin agorafobia, siendo la excepción la Escala de Autoeficacia del Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico (CATP), en donde una mayor puntuación será un indicador de mejor variable evaluada.

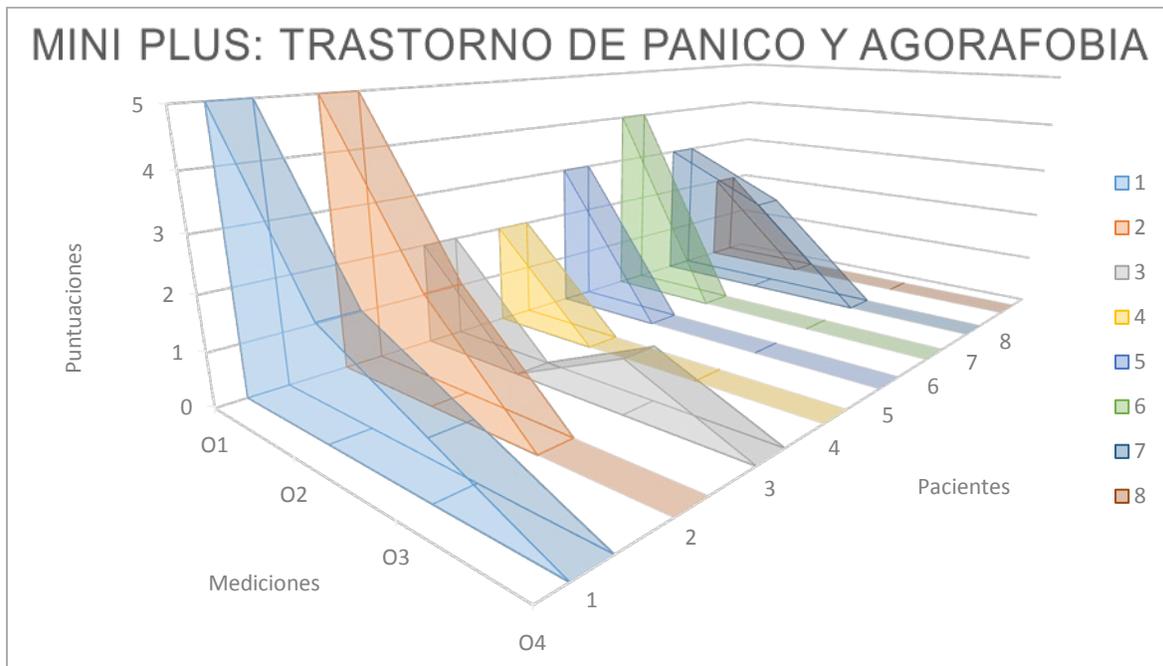


Figura N° 2: Mini Plus: Trastorno de Pánico y Agorafobia

Tabla 5

Puntuaciones M.I.N.I. PLUS con respecto al Trastorno de Pánico y Agorafobia

	O1	O2	O3	O4
1	5	2	1	0
2	5	2	0	0
3	2	0	1	0
4	2	0	0	0
5	3	0	0	0
6	4	0	0	0
7	3	2	0	0
8	2	0	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 6

Estadístico de contraste, Instrumento M.I.N.I. PLUS

N	8
Chi-cuadrado	20,115
gl	3
Sig. asintót.	,000

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 6, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 20,115 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que el nivel de síntomas asociados al trastorno de pánico con y sin agorafobia presenta una diferencia significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En efecto, como se observa en la figura 2, 87,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la presencia de síntomas de pánico y síntomas agorafóbicos llegando a descender a niveles mínimos en un 100% de los participantes tras seguimiento de 3 meses. Quien muestra un comportamiento fuera de lo usual es la participante 3 en la cual se observa un aumento de sus síntomas de pánico en la tercera medición. Cabe señalar que el 100% de los participantes presentaron una disminución sintomática en la segunda medición.

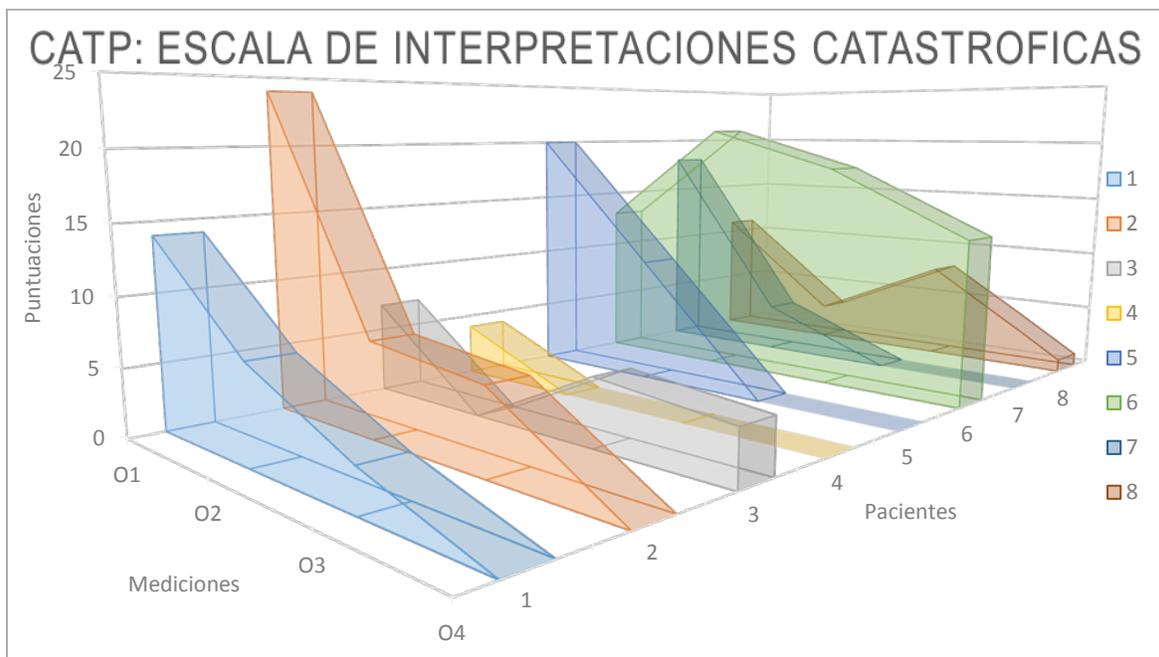


Figura N°3: CATP: Escala de Interpretaciones Catastróficas en General

Tabla 7

Puntuaciones CATP con respecto a las Escala de Interpretaciones Catastróficas

	O1	O2	O3	O4
1	14	7	3	0
2	24	7	6	0
3	7	0	5	4
4	4	0	0	0
5	20	10	0	0
6	13	21	18	13
7	18	4	0	0
8	11	3	8	1

Análisis Estadístico

Tabla 8

Estadístico de contraste, Instrumento CATP Escala Interpretaciones Catastróficas

N	8
Chi-cuadrado	9,500
gl	3
Sig. asintót.	,023

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 8, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 9,500 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de interpretaciones catastróficas asociadas al trastorno de pánico con y sin agorafobia se presentan diferencias que no son estadísticamente significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. A pesar de lo anterior, se puede observar en la figura 3, que un 62,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la presencia de interpretaciones catastróficas generales. Quienes muestran un comportamiento distinto a los demás son los participantes 3, 6 y 8 equivalentes a un 37,5% de la muestra, observándose en dos de ellos un aumento de las interpretaciones catastróficas en la tercera medición. Más inusual aún es el comportamiento mostrado por la participante 6 quien aumenta su sintomatología en la segunda medición realizada, para posteriormente descender de manera sostenida no alcanzando a disminuir la puntuación base. Cabe señalar que un 87% de la muestra logró disminuir sus puntuaciones basales a seguimiento de tres meses.

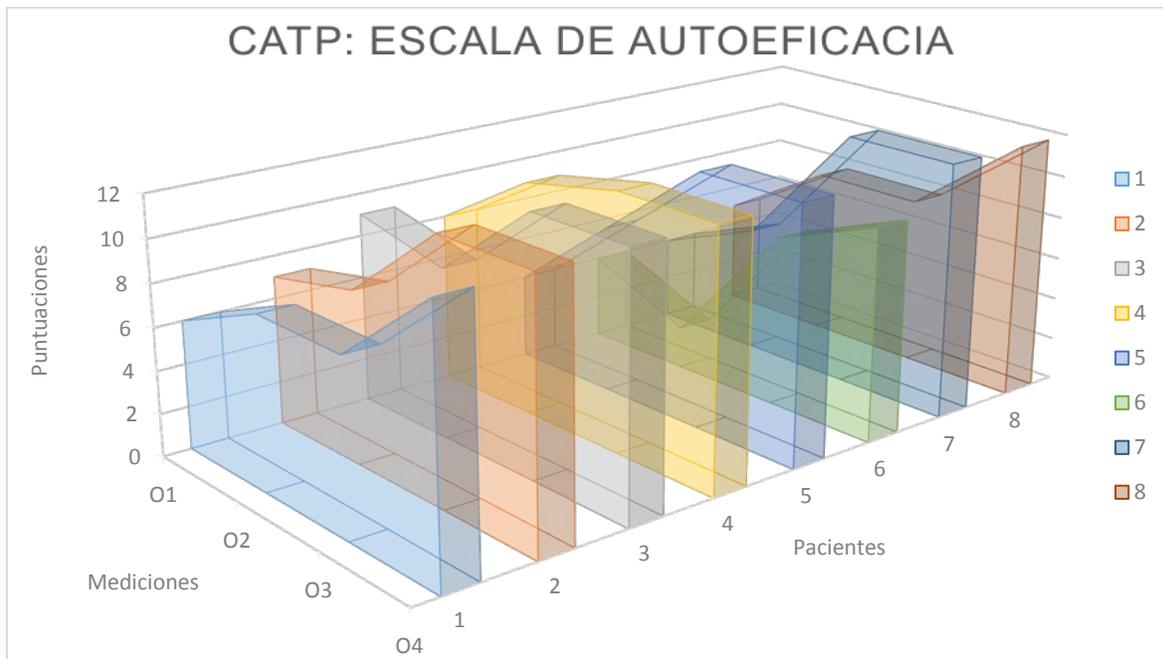


Figura N°7: CATP: Escala De Autoeficacia

Tabla 9

Puntuaciones CATP con respecto a la Escala de Autoeficacia

	O1	O2	O3	O4
1	6	8	8	12
2	7	8	12	12
3	9	8	12	12
4	8	11	12	12
5	4	8	12	12
6	4	2	8	10
7	4	6	12	12
8	5	8	8	12

Análisis Estadístico

Tabla 10

Estadístico de contraste, Instrumento CATP, Escala de Autoeficacia

N	8
Chi-cuadrado	20,178
gl	3
Sig. asintót.	,000

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 10, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 20,178 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de autoeficacia asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta es diferente antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En efecto y como se puede observar en la figura 7, el 75% de los participantes mostraron un sostenido aumento con respecto a la sensación de autoeficacia experimentada ante los síntomas de pánico, en donde un 87,5% de los participantes alcanzan la puntuación final más alta establecida. Quienes muestran una tendencia diferente son las participante 3 y 6 en las cuales se observa un descenso en la sensación de autoeficacia durante la segunda medición. Sin embargo, a pesar de mostrar un comportamiento atípico en comparación a los demás, muestra una tendencia al aumento.

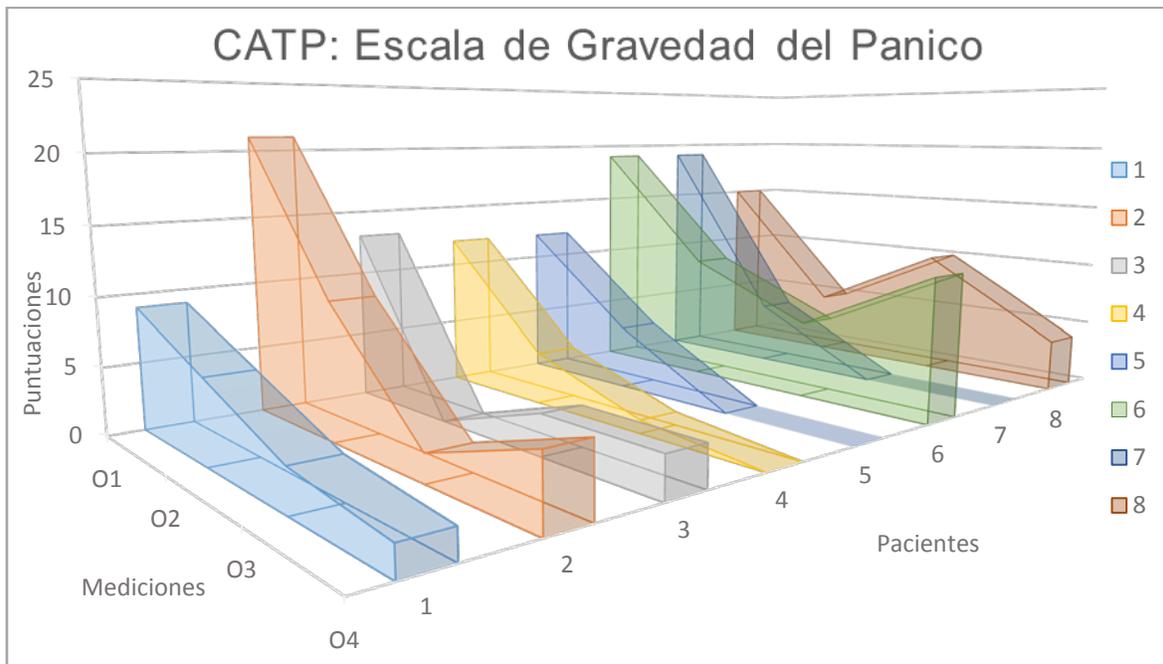


Figura N°8: CATP: Escala Gravedad Del Pánico

Tabla 11

Puntuaciones CATP con respecto a la Escala de Gravedad del Pánico

	O1	O2	O3	O4
1	9	6	3	2
2	21	10	2	5
3	13	0	3	3
4	12	4	1	0
5	12	5	0	0
6	19	10	6	11
7	19	5	0	0
8	15	5	10	4

Análisis Estadístico

Tabla 12

Estadístico de contraste, Instrumento CATP, Escala de Gravedad del Pánico

N	8
Chi-cuadrado	16,870
gl	3
Sig. asintót.	,001

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 12, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 16,870 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de gravedad asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta es significativamente diferente antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En la figura 8, el 50% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la estimación de gravedad de sus crisis de pánico, descensos que en un 37,5% fueron en los mínimos esperados. Quienes muestran un comportamiento fuera de lo usual son los participantes 2, 3, 6 y 8 correspondientes al 50% de la muestra. En los participantes 2 y 6 se observan aumentos en la cuarta medición, sin embargo, en los participantes 3 y 8 se observan aumentos en la tercera medición. Cabe señalar que un 100% de los participantes tras seguimiento de 3 meses logra disminuir la puntuación basal en cuanto a la gravedad del pánico disminuyendo, también, en un 100% de los participantes, su producción sintomática en la segunda medición.

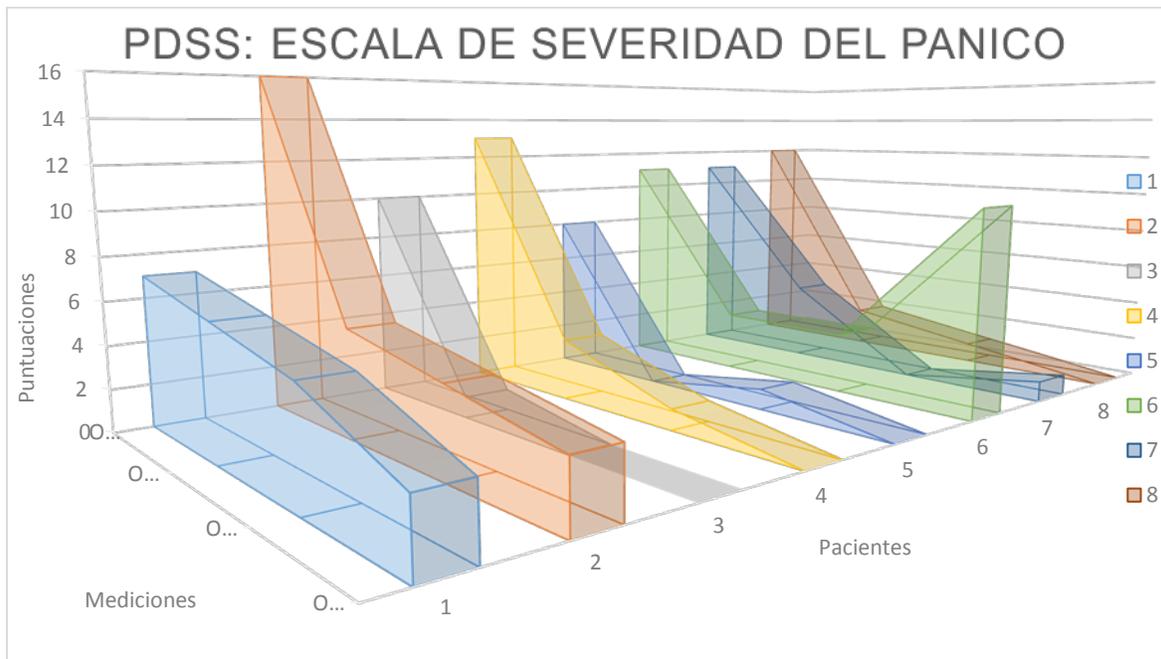


Figura N°9: PDSS: Escala Severidad del Pánico Puntuación General

Tabla 13

Puntuaciones PDSS, Puntaje General

	O1	O2	O3	O4
1	7	6	5	3
2	16	5	4	3
3	10	1	0	0
4	13	3	1	0
5	8	0	1	0
6	11	3	3	10
7	11	4	0	1
8	12	2	1	0

Análisis Estadístico

Tabla 14

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Puntaje General

N	8
Chi-cuadrado	18,234
gl	3
Sig. asintót.	,000

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 14, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 18,234 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de severidad de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta es significativamente diferente antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Tal como se puede observar en la figura 9, un 87,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la estimación de severidad de sus crisis de pánico, descensos que en un 50% fueron en los mínimos esperados. Quien muestra una inusual puntuación, alejándose del comportamiento promedio, es la participante 6, quien muestra un aumento importante de su sintomatología en la medición de seguimiento. Existen aumentos de las puntuaciones a niveles mínimos en los participantes 5 y 7. Cabe señalar que un 100% de los participantes tras seguimiento de 3 meses logra disminuir la puntuación basal en cuanto a la severidad del pánico, disminuyendo, también, en un 100% de los participantes, su producción sintomática en la segunda medición.

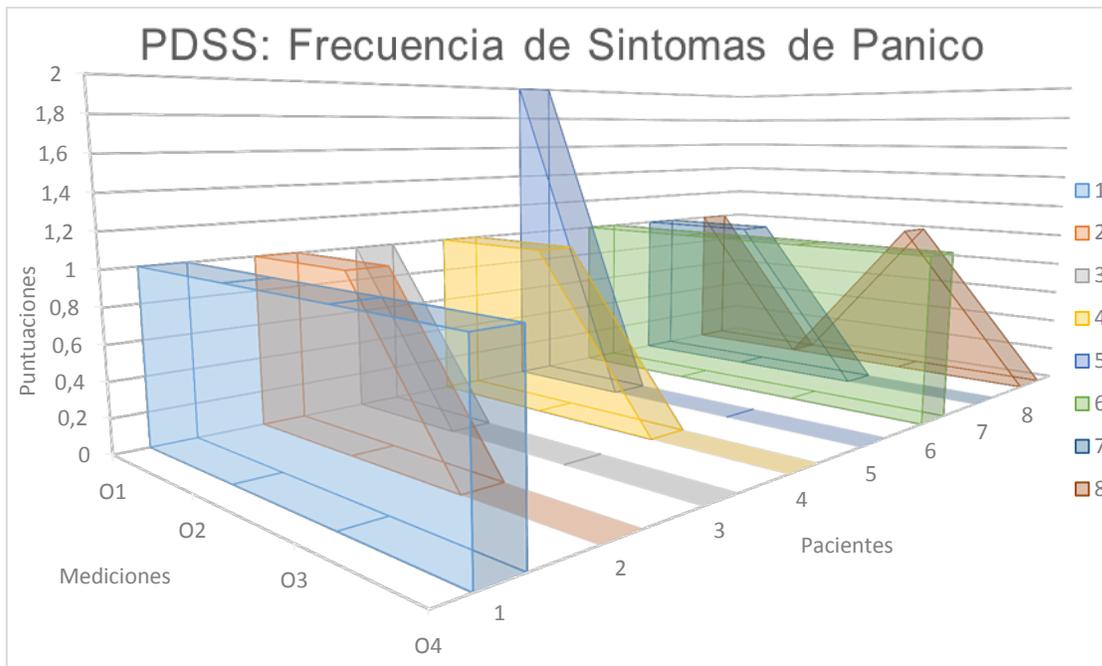


Figura N°10: PDSS: Escala de Frecuencia en Síntomas de Pánico

Tabla 15

Puntuaciones PDSS con respecto a la Frecuencias de los Síntomas del Pánico

	O1	O2	O3	O4
1	1	1	1	1
2	1	1	0	0
3	1	0	0	0
4	1	1	0	0
5	2	0	0	0
6	1	1	1	1
7	1	1	0	0
8	1	0	1	0

Análisis Estadístico

Tabla 16

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Frecuencia de Síntomas de Pánico

N	8
Chi-cuadrado	11,455
gl	3
Sig. asintót.	,010

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 16, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 11,455 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de frecuencia de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia encontramos una diferencia que no es estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. A pesar de lo anterior, y como se puede observar en la figura 10, un 62,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la estimación de severidad de sus crisis de pánico, descensos que fueron en los mínimos esperados. Quienes muestran un comportamiento inusual son los participantes 1, 6 y 8, en donde los dos primeros se mantienen en los mismos niveles sintomáticos basales, y donde el último participante muestra un aumento en la tercera medición.

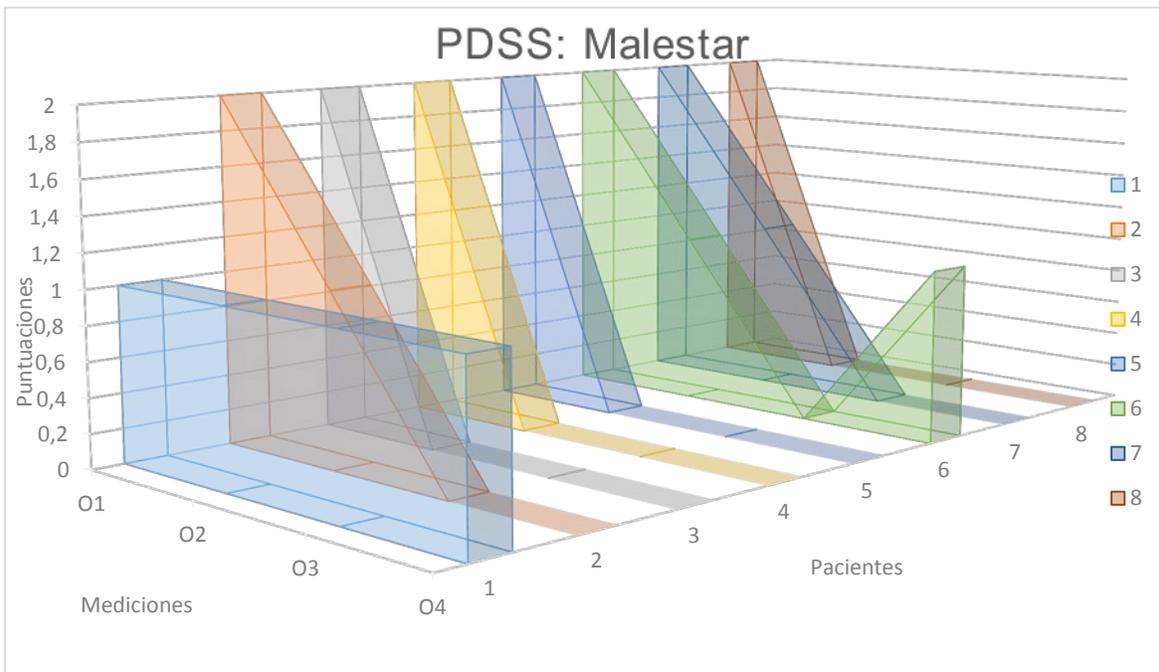


Figura N°11: PDSS: Escala de Malestar en Síntomas de Pánico

Tabla 17

Puntuaciones PDSS con respecto al Malestar

	O1	O2	O3	O4
1	1	1	1	1
2	2	1	0	0
3	2	0	0	0
4	2	0	0	0
5	2	0	0	0
6	2	1	0	1
7	2	1	0	0
8	2	0	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 18

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Malestar

N	8
Chi-cuadrado	18,529
gl	3
Sig. asintót.	,000

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 18, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 18,529 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de malestar de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia éste es diferente antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En el figura 11, un 75% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la estimación de malestar de sus crisis de pánico, descensos que fueron en los mínimos esperados ya en la tercera medición. Quien vuelve a mostrar fluctuación inusual es la participante 6 aumentando sus puntuaciones levemente en la medición de seguimiento. Cabe señalar, que quien no muestra cambios con respecto a su puntuación basal es la participante 1, manteniendo puntuaciones en un bajo nivel de los síntomas ansiosos. También es necesario señalar que un 87,5% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto al malestar sentido en sus crisis de pánico.

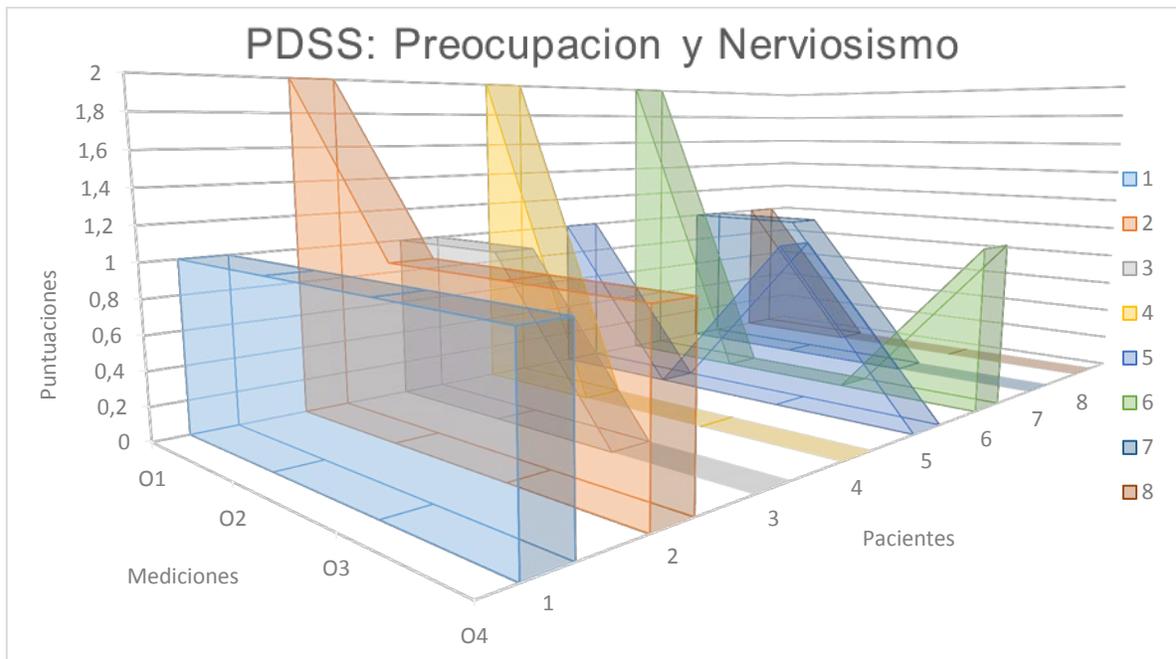


Figura N°12: PDSS: Escala de Preocupación en Síntomas de Pánico

Tabla 19

Puntuaciones PDSS con respecto a la Preocupación y Nerviosismo

	O1	O2	O3	O4
1	1	1	1	0
2	2	1	1	1
3	1	1	0	0
4	2	0	0	0
5	1	0	1	0
6	2	0	0	1
7	1	1	0	0
8	1	0	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 20

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Preocupación y Nerviosismo

N	8
Chi-cuadrado	13,118
gl	3
Sig. asintót.	,004

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 20, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 13,118 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de preocupación y nerviosismo de la sintomatología asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia encontramos una diferencia que no es estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Sin embargo, y tal cómo se puede observar en la figura 12, un 62,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la estimación de preocupación y nerviosismo ante sus crisis de pánico. Quienes muestra un comportamiento inusual son los participantes 5 y 6 en los cuales se observan fluctuaciones en la tercera medición para la participante 5 y en la cuarta medición para la participante 6. Sin embargo, quien no muestra cambios es la participante 1 manteniendo su puntuación basal a lo largo de las 4 mediciones. Es necesario señalar que un 87,5% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto a la preocupación y nerviosismo sentido en sus crisis de pánico.

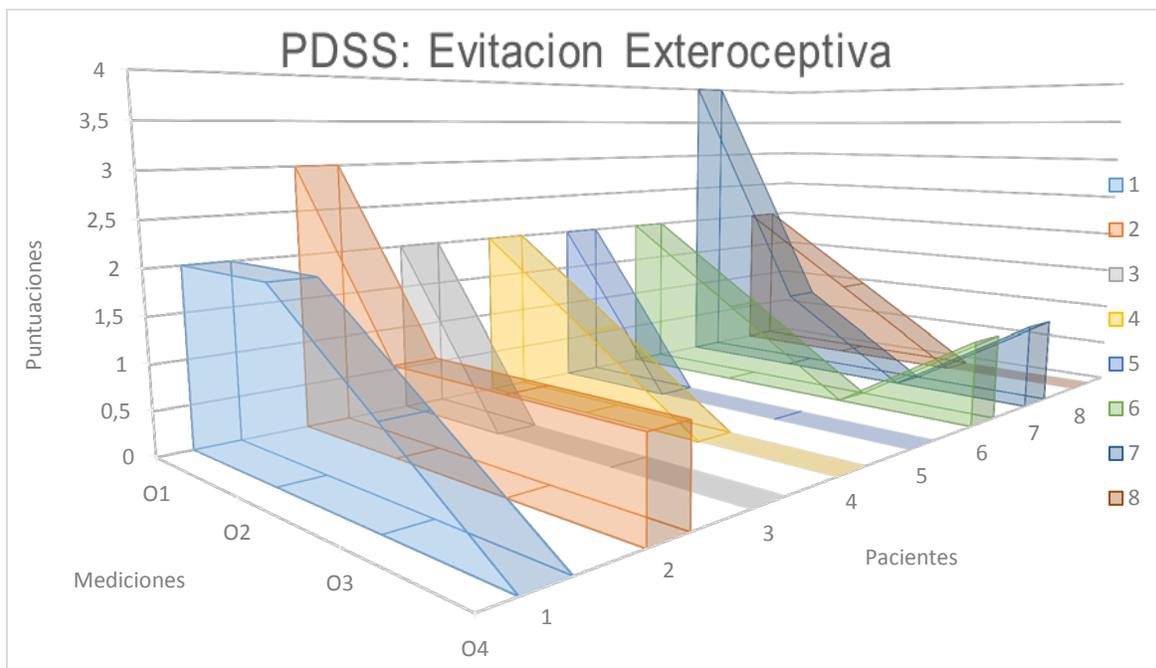


Figura N°13: PDSS: Escala de Evitación Exteroceptiva

Tabla 21

Puntuaciones PDSS con respecto a la Evitación Exteroceptiva

	O1	O2	O3	O4
1	2	2	1	0
2	3	1	1	1
3	2	0	0	0
4	2	1	0	0
5	2	0	0	0
6	2	1	0	1
7	4	1	0	1
8	2	1	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 22

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Evitación Exteroceptiva

N	8
Chi-cuadrado	19,667
gl	3
Sig. asintót.	,000

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 22, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 19,667 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de evitación exteroceptiva asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta muestra una diferencia significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En efecto, en la figura 13, un 75% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a los grados de angustia frente a situaciones cotidianamente evitadas, descensos que en un 62,5% fueron en los mínimos esperados. Quienes muestran fluctuaciones inusuales son los participantes 6 y 7 observándose aumentos marginales en su sintomatología en la medición de seguimiento. Cabe hacer hincapié que un 100% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto a la evitación exteroceptiva sentida como consecuencia de sus crisis de pánico.

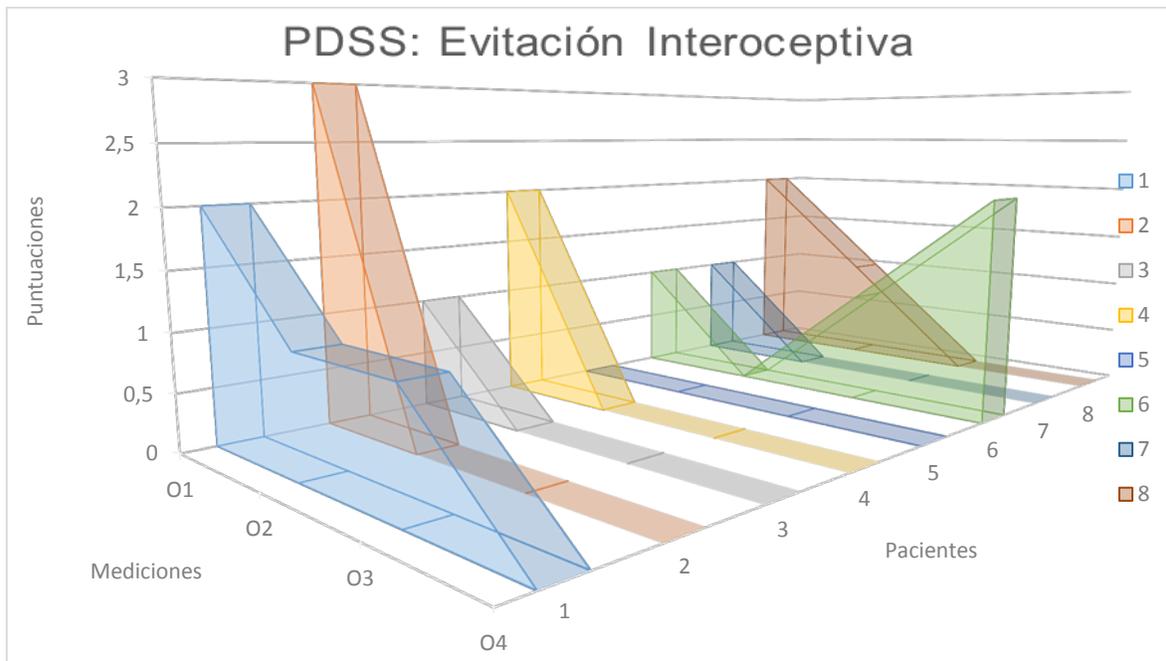


Figura N°14: PDSS: Escala de Evitación Interoceptiva

Tabla 23

Puntuaciones PDSS con respecto a la Evitación Interoceptiva

	O1	O2	O3	O4
1	2	1	1	0
2	3	0	0	0
3	1	0	0	0
4	2	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	0	1	2
7	1	0	0	0
8	2	1	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 24

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Evitación Interoceptiva

N	8
Chi-cuadrado	12,706
gl	3
Sig. asintót.	,005

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 24, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 12,706 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de evitación interoceptiva asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia estas no mostrarían una diferencia estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Tal como se puede observar en la figura 14, un 87,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a los grados de angustia frente a sensaciones fisiológicas cotidianamente evitadas, en donde todos estos descensos alcanzaron los mínimos esperados. Quien vuelve a mostrar un comportamiento fuera del promedio es la participante 6 mostrando un aumento importante en la tercera y cuarta medición, situando niveles sintomáticos por sobre su puntuación basal. Cabe hacer hincapié que un 87,5% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto a la evitación interoceptiva sentida como consecuencia de sus crisis de pánico.

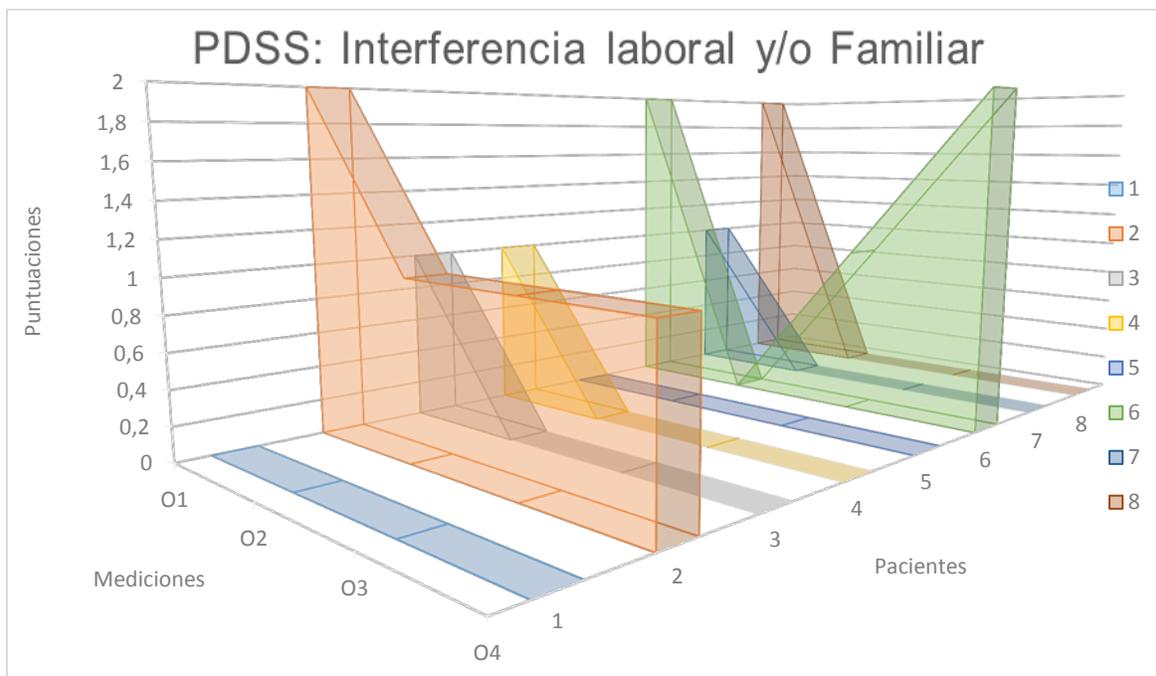


Figura N°15: PDSS: Escala de Interferencia Laboral y/o Familiar

Tabla 25

Puntuaciones PDSS con respecto a la Interferencia Laboral y/o Familiar

	O1	O2	O3	O4
1	0	0	0	0
2	2	1	1	1
3	1	0	0	0
4	1	0	0	0
5	0	0	0	0
6	2	0	1	2
7	1	0	0	0
8	2	0	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 26

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Interferencia Laboral y/o Familiar

N	8
Chi-cuadrado	15,308
gl	3
Sig. asintót.	,002

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 26, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 15,308 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de interferencia laboral y/o familiar asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta no muestra diferencias significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Considerando lo anterior, se puede observar en la figura 15, que solo un 50% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la interferencia laboral y/o familiar causadas por los síntomas del pánico alcanzando los mínimos esperados. Quien vuelve a mostrar un comportamiento fuera del promedio es la participante 6 observándose un aumento en la tercera y cuarta medición llegando a alcanzar su puntuación basal. Cabe hacer hincapié que un 87,5% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto a la interferencia laboral y/o familiar sentida como consecuencia de sus crisis de pánico.

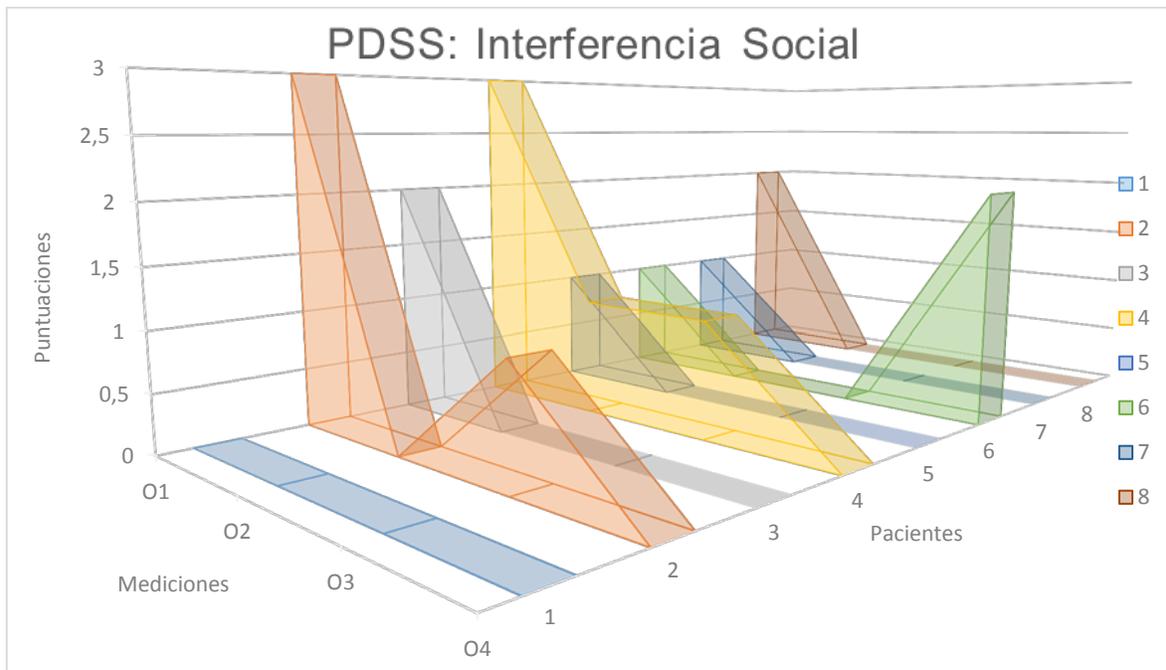


Figura N°16: PDSS: Escala de Interferencia Social

Tabla 27

Puntuaciones PDSS con respecto a la Interferencia Social

	O1	O2	O3	O4
1	0	0	0	0
2	3	0	1	0
3	2	0	0	0
4	3	1	1	0
5	1	0	0	0
6	1	0	0	2
7	1	0	0	0
8	2	0	0	0

Análisis Estadístico

Tabla 28

Estadístico de contraste, Instrumento PDSS, Interferencia Social

N	8
Chi-cuadrado	14,294
gl	3
Sig. asintót.	,003

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 28, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 14,294 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de interferencia social asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia no muestra diferencias significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En la figura 16, el 62,5% de los participantes mostraron un sostenido descenso con respecto a la interferencia social causada por los síntomas del pánico alcanzando los mínimos esperados. Quien muestra un comportamiento fuera del promedio son los participantes 1, 2 y 6. El participante 1 muestra una puntuación mínima durante todo el proceso, el participante 2 muestra un aumento en la tercera medición. Sin embargo, es la participante 6 quien aumenta significativamente sus puntuaciones en la medición de seguimiento llegando a sobrepasar su puntuación basal. Cabe hacer hincapié que un 87,5% de los participantes, tras seguimiento de 3 meses, logró disminuir la puntuación basal en cuanto a la interferencia social sentida como consecuencia de sus crisis de pánico.

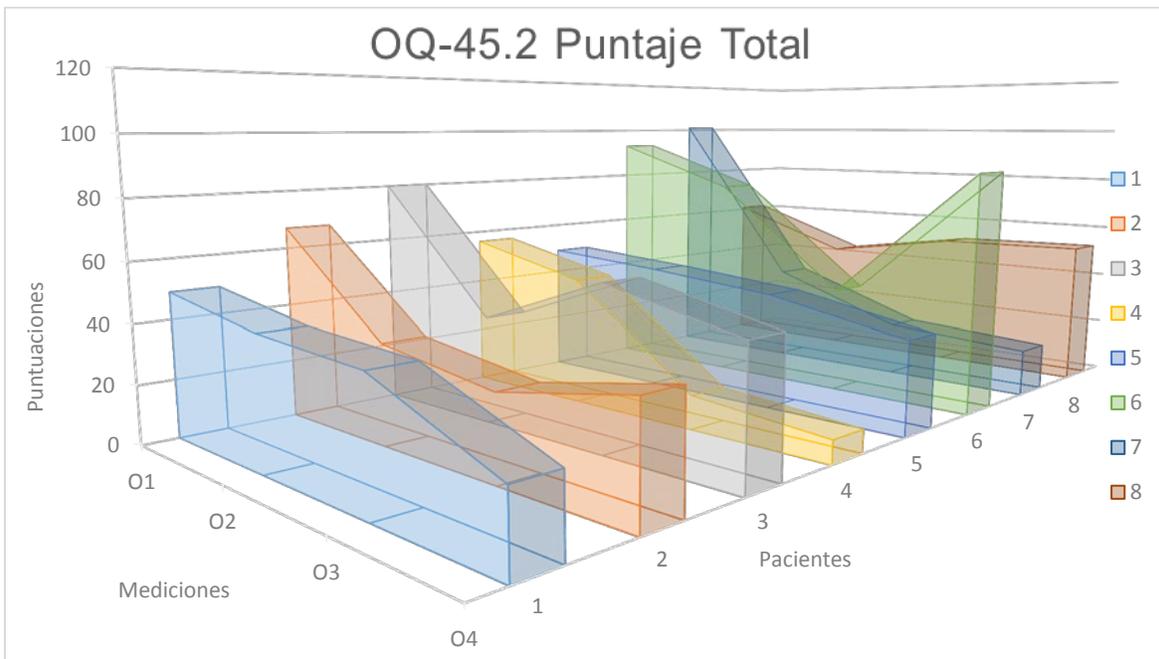


Figura N°17: OQ-45.2: Puntuación Total

Tabla 29

Puntuaciones OQ-45.2 con respecto a los Puntajes Generales

	O1	O2	O3	O4
1	49	43	41	24
2	67	34	28	37
3	80	37	55	45
4	56	46	12	8
5	49	46	42	33
6	93	77	39	86
7	101	37	20	17
8	61	44	52	53

Análisis Estadístico

Tabla 30

Estadístico de contraste, Instrumento OQ-45.2, Puntaje General

N	8
Chi-cuadrado	14,850
gl	3
Sig. asintót.	,002

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 30, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 14,850 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de cambio psicoterapéutico asociado al trastorno de pánico con y sin agorafobia éste es diferente antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En la figura 17, el 100% de los participantes mostró un descenso con respecto a las puntuaciones basales obtenidas en un inicio. De este cambio, casi un 75% de los participantes experimentaron cambios por sobre el puntaje de cambio de 17. El 100% de los participantes disminuyeron sus puntuaciones en la segunda medición. Quienes mostraron un comportamiento inusual fueron los participantes 3 y 8 quienes aumentaron su sintomatología en la tercera medición. Sumado a lo anterior, los participantes 2, 6 y 8 mostraron un aumento en sus puntuaciones en la medición de seguimiento.

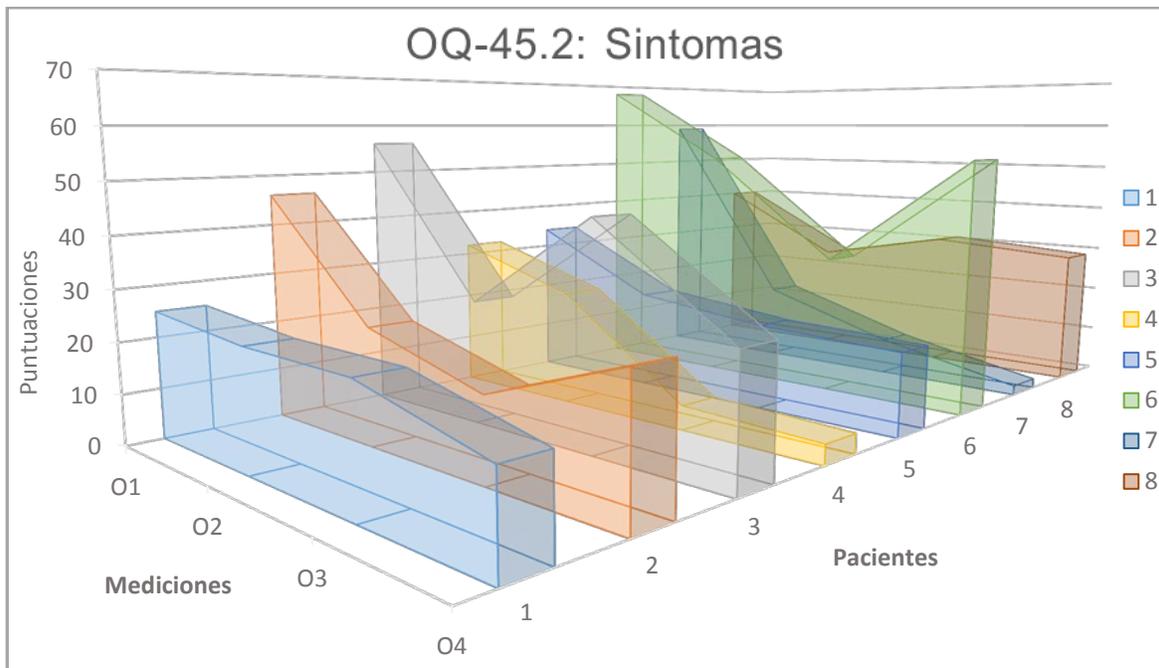


Figura N°18: OQ-45.2: Síntomas

Tabla 31

Puntuaciones OQ-45.2 con respecto a los Síntomas

	O1	O2	O3	O4
1	25	23	23	17
2	46	23	16	26
3	56	25	44	25
4	32	24	5	4
5	34	21	18	17
6	68	52	30	53
7	59	17	8	2
8	40	25	31	29

Análisis Estadístico

Tabla 32

Estadístico de contraste, Instrumento OQ-45.2, Síntomas

N	8
Chi-cuadrado	15,577
gl	3
Sig. asintót.	,001

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 32, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 15,577 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de sintomatología asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta muestra diferencias estadísticamente significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En la figura 18, el 100% de los participantes mostraron un descenso en las puntuaciones basales obtenidas en un inicio. Quienes mostraron un comportamiento inusual fueron los participantes 3 y 8 quienes aumentaron su sintomatología en la tercera medición. Sumado a lo anterior, los participantes 2 y 6 mostraron un aumento en sus puntuaciones en la medición de seguimiento. Cabe señalar que el 100% de los participantes mostró un descenso con respecto a la segunda medición realizada.

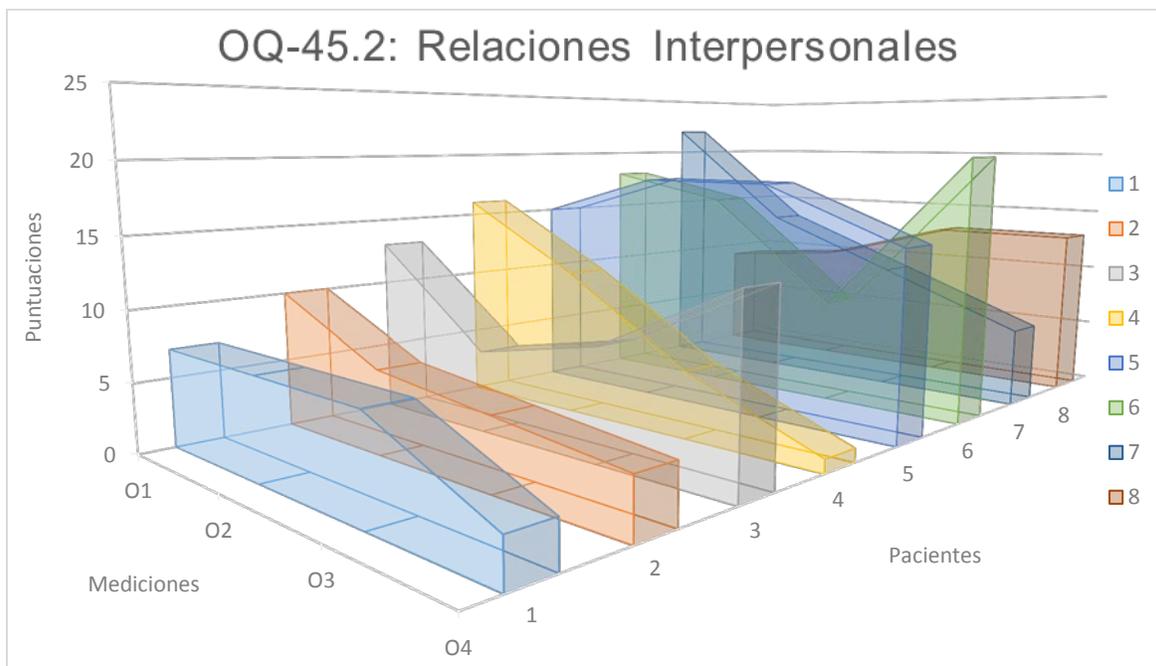


Figura N°19: OQ-45.2: Relaciones Interpersonales

Tabla 33

Puntuaciones OQ-45.2 con respecto a las Relaciones Interpersonales

	O1	O2	O3	O4
1	7	7	7	3
2	10	6	5	4
3	13	6	8	13
4	16	11	5	1
5	15	18	18	14
6	18	16	8	20
7	22	14	10	6
8	9	10	13	13

Análisis Estadístico

Tabla 34

Estadístico de contraste, Instrumento OQ-45.2, Relaciones Interpersonales

N	8
Chi-cuadrado	3,082
gl	3
Sig. asintót.	,379

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 34, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 3,082 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de relaciones interpersonales asociadas al trastorno de pánico con y sin agorafobia las diferencias encontradas no serían estadísticamente significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En la figura 19, el 75% de los participantes mostraron un descenso en comparación a sus puntuaciones basales. Quienes muestran un comportamiento fluctuante son los participantes 5 y 8 quienes aumentan su puntuación en la segunda medición. Los participantes 3 y 8 suben su puntuación en la tercera medición. En la medición de seguimiento suben su puntuación los participantes 3 y el 6. Cabe señalar que los participantes 6 y 8 son los únicos que aumentan su puntuación con respecto a sus niveles basales, en donde el participante 3 es el único que las mantiene sin cambio alguno.

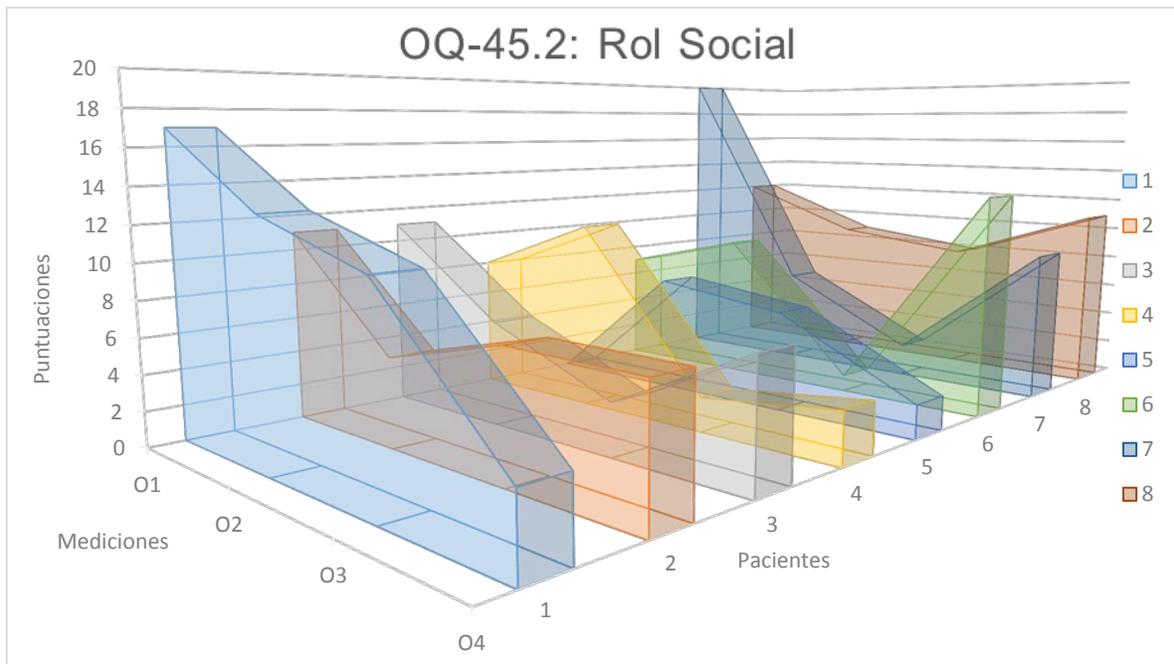


Figura N°20: OQ-45.2: Rol Social

Tabla 35

Puntuaciones OQ-45.2 con respecto al Rol Social

	O1	O2	O3	O4
1	17	13	11	4
2	11	5	7	7
3	11	6	3	7
4	8	11	2	3
5	0	7	6	2
6	7	9	1	13
7	20	6	2	9
8	12	9	8	11

Análisis Estadístico

Tabla 36

Estadístico de contraste, Instrumento OQ-45.2, Rol Social

N	8
Chi-cuadrado	7,101
gl	3
Sig. asintót.	,069

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 36, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 7,101 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de relaciones sociales asociadas al trastorno de pánico con y sin agorafobia las diferencias no serían estadísticamente significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Lo anterior se puede observar en la figura 20 en donde quienes aumentan su puntaje en la medición de seguimiento es el 62,5% de los participantes. Sin embargo, y a pesar de este aumento final, se puede observar también que el 75% de los participantes mostraron un descenso en comparación con sus puntuaciones basales.

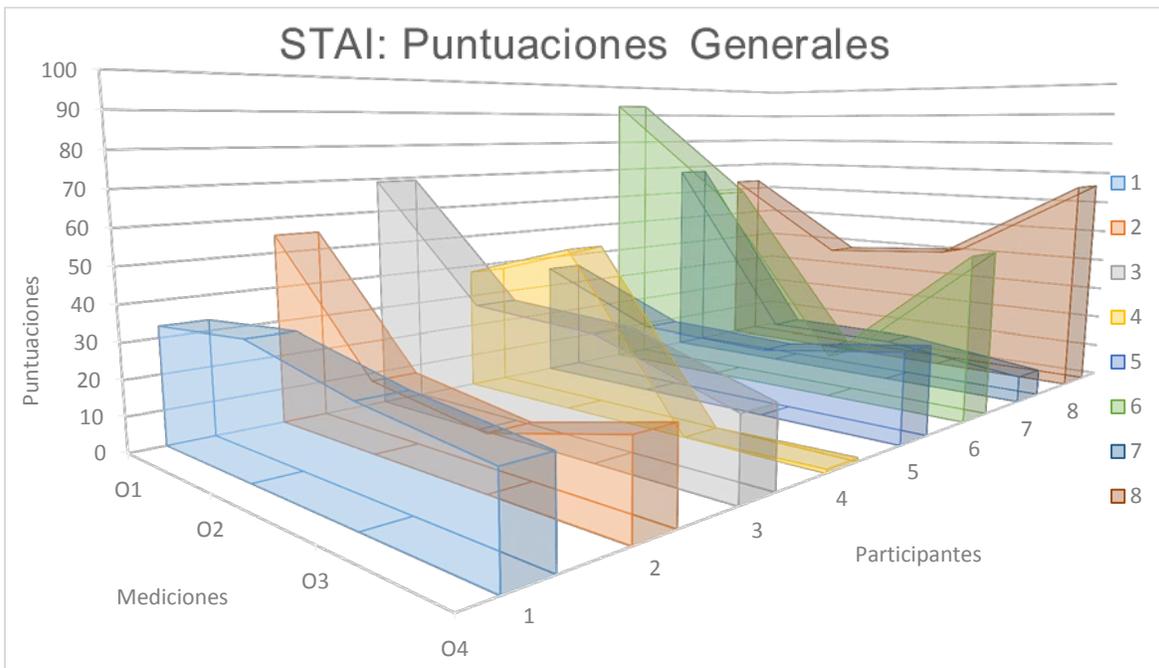


Figura N°21: STAI: Puntuaciones Generales

Tabla 37

Puntuaciones STAI con respecto a las Puntuaciones Generales

	O1	O2	O3	O4
1	33	36	29	25
2	55	20	15	24
3	69	36	34	22
4	38	49	0	1
5	36	21	20	26
6	93	63	13	49
7	68	13	13	8
8	63	38	41	66

Análisis Estadístico

Tabla 38

Estadístico de contraste, Instrumento STAI, Puntuaciones Generales.

N	8
Chi-cuadrado	11,278
gl	3
Sig. asintót.	,010

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 38, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 11,278 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de sintomatología ansiosa en general asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia ésta no muestra una diferencia estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Sin perjuicio de lo anterior, puede observarse en la figura 21 que el 87,5% de los participantes mostraron un descenso con respecto a la puntuación basal de inicio. Quien muestra un comportamiento atípico, en seguimiento, son las participante 6 y 8 quienes aumentaron su puntuación en la medición de seguimiento, pudiendo observarse además que la participante 8 fue la única que un aumento su puntuación final en comparación a la basal.

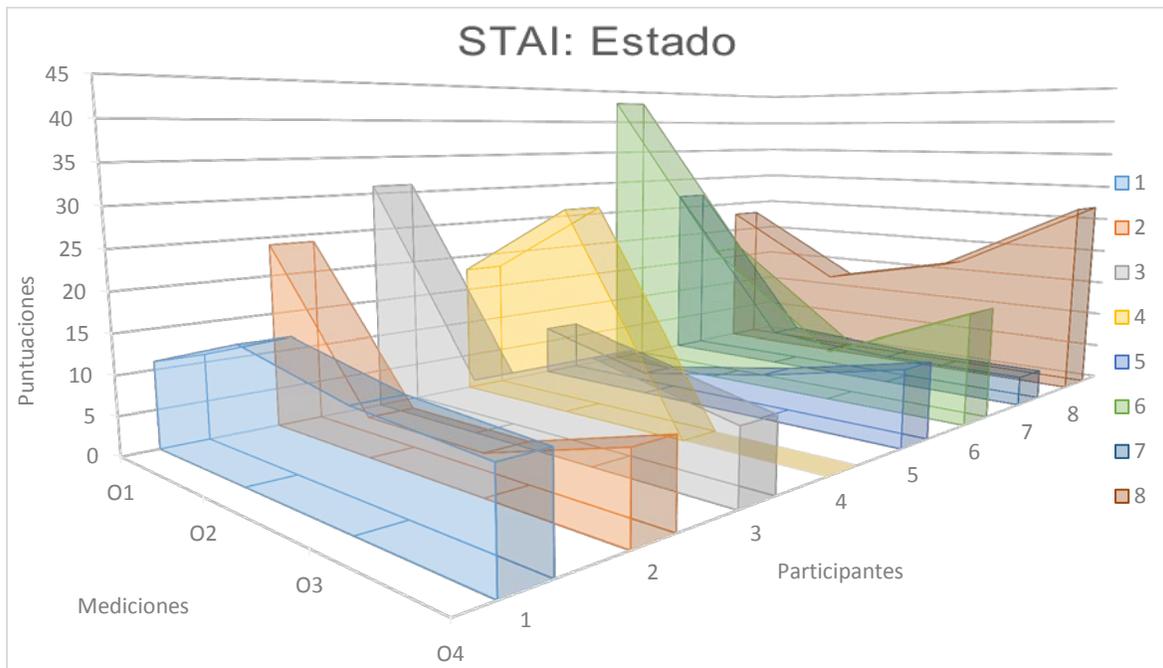


Figura N°22: STAI: Estado

Tabla 39

Puntuaciones STAI con respecto a la variable Estado

	O1	O2	O3	O4
1	11	16	13	12
2	24	5	5	10
3	31	7	13	9
4	18	28	0	0
5	7	3	6	10
6	43	20	7	15
7	27	5	4	4
8	23	13	17	27

Análisis Estadístico

Tabla 40

Estadístico de contraste, Instrumento STAI, Estado

N	8
Chi-cuadrado	4,558
gl	3
Sig. asintót.	,207

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 40, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 4,558 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) > 0,001. Considerando lo anterior, podríamos estimar que no existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que a nivel de estado ansioso asociado al trastorno de pánico con y sin agorafobia, las diferencias no serían estadísticamente significativas antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Lo anterior puede observarse en la figura 22 ya que solo el 62,5% de los participantes mostraron un descenso con respecto a la puntuación basal de inicio. En efecto, se observa que los participante 1, 5 y 8 son quienes aumentaron su puntuación en la medición de seguimiento aumentando su ansiedad basal.

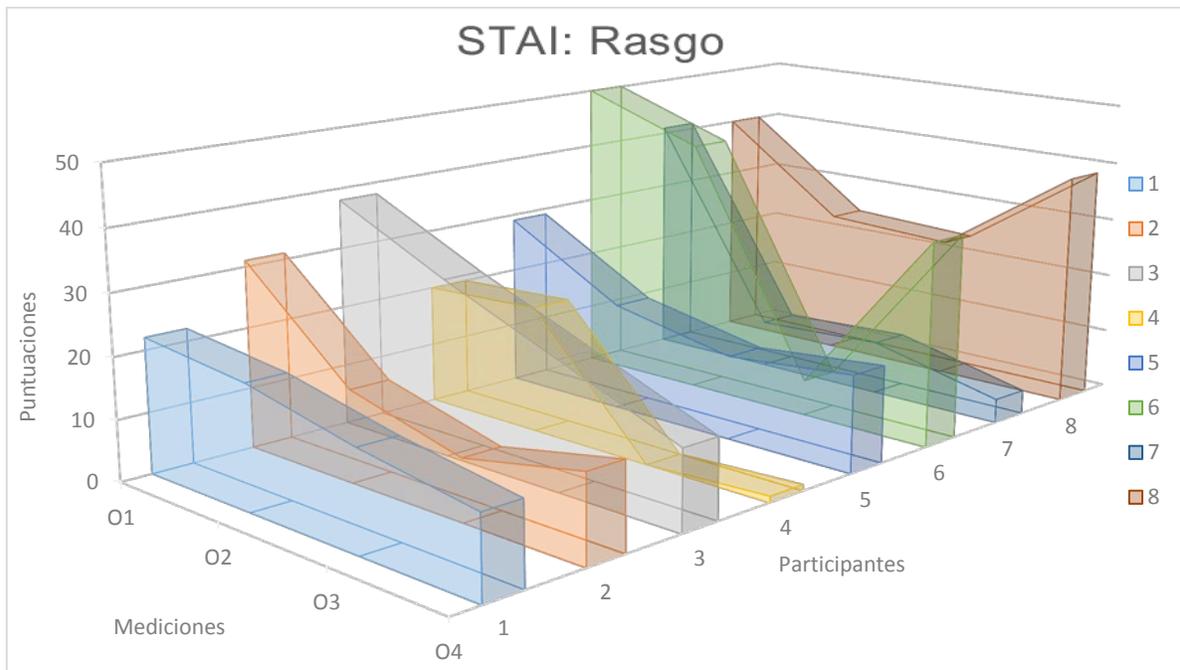


Figura N°23: STAI: Rasgo

Tabla 41

Puntuaciones STAI con respecto a la variable Rasgo

	O1	O2	O3	O4
1	22	20	16	13
2	31	15	10	14
3	38	29	21	13
4	20	21	0	1
5	29	18	14	16
6	50	43	6	34
7	41	8	9	4
8	40	25	24	39

Análisis Estadístico

Tabla 42

Estadístico de contraste, Instrumento STAI, Rasgo

N	8
Chi-cuadrado	17,250
gl	3
Sig. asintót.	,001

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 42, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 17,250 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, podríamos inferir que, a nivel de sintomatología ansiosa en general asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia, existiría una diferencia estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. En efecto, en la figura 23 podemos observar que el 100% de los participantes mostró un descenso con respecto a la ansiedad (rasgo) en comparación de sus puntuaciones iniciales. Quienes muestran un comportamiento fuera de lo esperado son los participante 6 y 8, obteniendo las puntuaciones más altas de rasgos ansiosos en la medición de seguimiento.

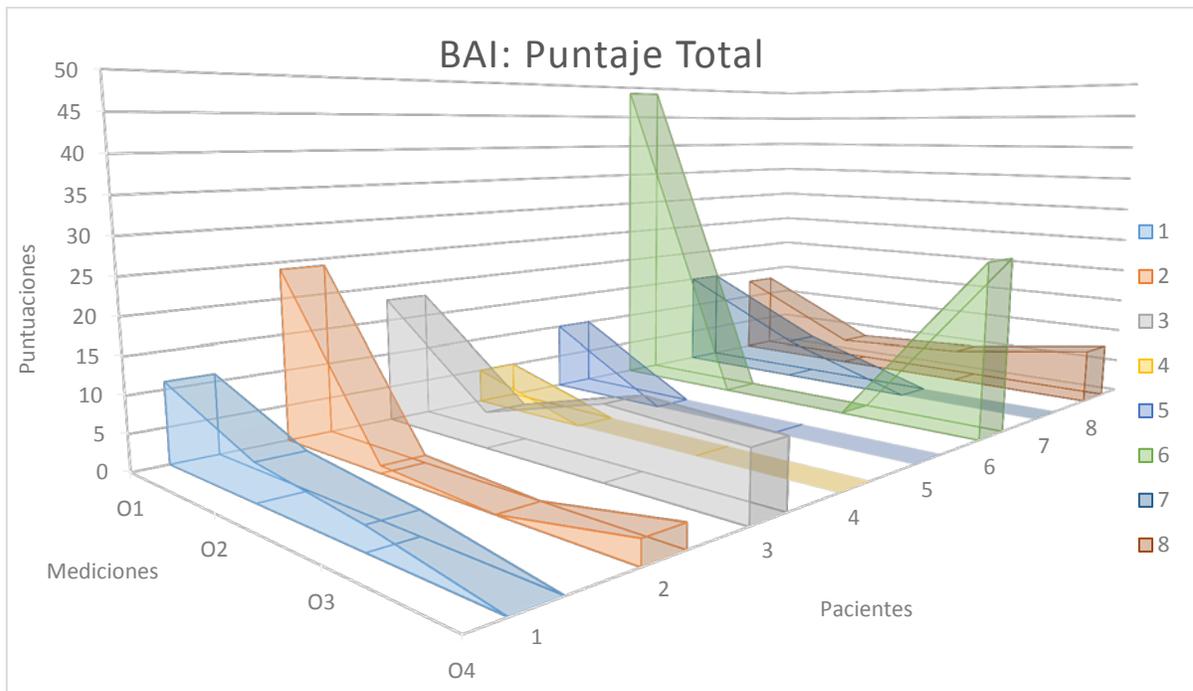


Figura N°23: BAI: Puntaje General

Tabla 43

Puntuaciones BAI con respecto al Puntaje Total

	O1	O2	O3	O4
1	11	5	3	0
2	24	1	0	3
3	18	5	10	9
4	5	0	0	0
5	10	0	0	0
6	49	0	0	25
7	15	6	0	0
8	13	4	5	8

Análisis Estadístico

Tabla 42

Estadístico de contraste, Instrumento BAI, Puntuación General

N	8
Chi-cuadrado	16,757
gl	3
Sig. asintót.	,001

a. Prueba de Friedman

Tal como se observa en la tabla 42, luego de haber aplicado el estadístico de Friedman, se obtuvo un Chi-cuadrado de 16,757 en donde 3 obtiene un p-valor (Sig) $\leq 0,001$. Considerando lo anterior, podríamos estimar que existiría una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones comparadas, por lo tanto, se podría inferir que, a nivel de rasgo ansioso en general asociada al trastorno de pánico con y sin agorafobia existiría una diferencia estadísticamente significativa antes de la intervención psicoterapéutica grupal, durante, al término y al seguimiento de 3 meses. Lo anterior puede observarse en la figura 23, ya que el 100% de los participantes disminuye sus puntuaciones en la segunda medición, de ellos, un 75% presentan otra disminución en la tercera medición. Cabe señalar que quienes muestran un comportamiento fuera de lo esperado son los participante 2, 6 y 8 en los cuales se observa un aumento en sus puntuaciones en la medición de seguimiento. Es preciso señalar también que el 100% de los participantes mostró un descenso en sus puntuaciones con respecto a la ansiedad basal mostrada.

6.3.1.- Consideraciones generales a partir de los resultados cuantitativos observados

6.3.1.1.- Diferencias estadísticamente significativas

A la luz de los resultados obtenidos, se podría señalar que en tres instrumentos, (M.I.N.I Plus; CATP y BAI) dentro del promedio de sus puntuaciones generales, se observó diferencias estadísticamente significativas entre las diez escalas comparadas que constituyen el 50% de las escalas suministradas. La excepción se encontró en los tres instrumentos restantes (OQ-45.2; PDSS y STAI) dentro de las cuales se estimó, que no existirían diferencias estadísticamente significativas en las diez escalas subsiguientes. Lo anterior permite concluir que existió un cambio estadísticamente significativo en el 50% de las escalas evaluadas.

6.3.1.2.- Disminución de Síntomas

Sin perjuicio de lo anterior, y a pesar que los niveles de cambio estadísticamente significativo se encontraron en 10 de las 20 escalas evaluadas, se observó que, en 17 de estas 20 escalas, un 87,5% de los participantes logró disminuir sus síntomas de pánico. Esto

quiere decir que, 7 de los 8 participantes lograron una disminución sintomatológica en comparación a sus puntuaciones basales. Las excepciones se encontraron solo en las tres escalas restantes (PDSS: Frecuencia de los síntomas del pánico, OQ-45.2: Relaciones Interpersonales, STAI: Escala Estado) donde existió igualmente una disminución sintomatológica la cual alcanzó, en promedio, un 71% de los participantes. Esto quiere decir que, en promedio, 6 de los 8 participantes lograron una disminución sintomatológica en comparación a sus puntuaciones basales. En general, se puede observar en todas las escalas una disminución sintomatológica cercano al 80% de los participantes.

6.3.1.3.- Fluctuaciones inusuales en instrumentos aplicados

M.I.N.I Plus: Este fue el instrumento que mostró menor fluctuación entre los participantes, observándose, en la mayoría de ellos, descensos progresivos en sus puntuaciones conforme avanzaba el protocolo de investigación. La única fluctuación fue la registrada por el participante 3 quien aumenta su puntuación de O2 a O3, no superando su puntuación basal.

CATP: En este instrumento comenzaron a visibilizarse otros participantes que mostrarían fluctuaciones más acusadas en comparación al resto, tal es el caso de los participantes 2, 3, 6 y 8 respectivamente, los cuales mostraron un comportamiento inestable entre mediciones (O2, O3 y O4), a diferencia del descenso progresivo observado en los demás participantes. Además, se observó que la mayoría de los participantes lograron disminuir sus puntuaciones basales en las tres escalas que contemplaba el instrumento, a excepción de la participante 6 que igualó su puntuación basal en la escala de Interpretación Catastrófica.

PDSS: Este fue uno de los instrumentos en donde se evaluaron más escalas (7). Sin perjuicio de lo anterior, aparecen comportamientos inusuales de manera más frecuente en la participante 6 respectivamente quien en dos escalas (Frecuencia del Pánico e Interferencia Laboral y Familiar) iguala sus puntuaciones basales y en otras dos escalas (Evitación Interoceptiva e Interferencia Social) fue la única participante que levemente aumenta sus puntuaciones basales.

OQ-45.2: Este es uno de los instrumentos que muestra mayores fluctuaciones en lo que a puntuaciones se refiere. Si bien, la mayoría de los participantes muestra cambios en sus comportamientos, los que muestran cambios más importantes son los participantes 3, 6 y 8

los cuales mostraron mayor inestabilidad entre la tercera y cuarta medición, existiendo incluso, en el caso del participante 6 y 8, aumentos de sus puntuaciones basales en dos de las tres escalas contempladas.

STAI: En conjunto con el instrumento OQ-45.2, este también muestra uno de los mayores niveles de inestabilidad en las puntuaciones de los participantes, sobre todo en los participantes 1, 2, 4, 5, 6, 8 quienes muestran cambios principalmente entre la primera y la segunda medición (O1 y O2) y entre la tercera y cuarta (O3 y O4) siendo más frecuentes en esta última en los participantes 2, 6 y 8. Cabe señalar que en este instrumento quienes suben sus puntuaciones basales son los participantes 1 y 8 en dos de las tres escalas evaluadas.

BAI: En este instrumento no se observan fluctuaciones significativas, a excepción de la participante 6, la cual obtiene uno de los aumentos más altos entre la tercera y cuarta medición (O3 y O4), no superando su puntuación basal.

6.4.- Resultados Mixtos

A continuación se vinculan los resultados cualitativos y cuantitativos expuestos con anterioridad, estableciendo las posibles variables relacionales que podrían existir entre los diferentes comportamientos mostrados en la intervención grupal por los participantes, sus hitos biográficos y los resultados logrados expresados en términos de fluctuaciones mostradas en las 20 escalas evaluadas de los seis instrumentos utilizados, teniendo como objetivo último integrar en una visión más completa y acabada los cambios generales obtenidos.

Participante 1, Lorena: Según la información obtenida, la primera crisis de pánico en la paciente aparece un año después del fallecimiento de su esposo, el cual era 30 años mayor que ella, pudiendo inferirse una relación causal entre estos dos eventos, quedando abiertas preguntas como ¿Qué fue lo que se perdió cuando su marido fallece?, ¿Seguridad?, ¿Protección?. Tras lo anterior, vemos que su comportamiento en las sesiones se caracterizó por la capacidad de enfrentar la vida con optimismo, en saber reírse de sí misma y así también de los demás en un clima de cordialidad, en el saber enfrentarse a decisiones difíciles (como su separación) y haber apostado por su estabilidad emocional, en saber enfrentarse con coraje ante la realización de los ejercicios de exposición. De lo anterior,

podría inferirse que existirían adecuados recursos emocionales y cognitivo para realizar una correcta elaboración de sus hitos biográficos más significativos, lo que queda de manifiesto en sus puntuaciones ya que esta participante es una de las que mostró comportamientos inusuales solo en 5 de las 20 escalas evaluadas por los 6 instrumentos utilizados.

Paciente 2, Elena: El caso de Elena llama la atención por cuanto presenta, dentro de su biografía, hitos de vulneración significativos, sobre todo considerando los episodios de abuso sexual y los episodios de violencia intrafamiliar severa sufridos. Lo anterior permite inferir una destrucción sistemática en su sensación de seguridad, pudiendo generarse un sentimiento de fragilidad e indefensión constante, al punto de que cuando existiesen nuevos elementos de vulneración mínimos, pudiesen volver aflorar los síntomas de angustia alguna vez sentidos. Es en ese contexto donde ocurre su primera crisis de pánico, en donde es acosada y violentada verbalmente por sus compañeros de trabajo. Sin embargo, y a pesar de estos eventos, la paciente es capaz de reconstruir su vida, gozando de estabilidad y tranquilidad en el ámbito afectivo y familiar. Esta fortaleza en sus recursos emocionales es mostrada en sus puntuaciones obteniendo un comportamiento inusual en 9 escalas con respecto a las 20 evaluadas. Sin embargo, podría inferirse también que aspectos como vulnerabilidad e indefensión quedan aún por trabajar.

Paciente 3, Margarita: La situación de Margarita difiere en un aspecto de las otras dos anteriores. Su infancia, pese a perder a su madre biológica a los 3 años, es una infancia protegida y sin mayores complicaciones, ya que su tía materna proveería los espacios vinculares de afecto y protección necesarios. Desde su historia podría inferirse que, el incremento de su ansiedad, y por ende sus crisis de pánico, ocurría al fallecer su tía materna (quien sustituiría a su madre) pudiendo haber sido significado como la pérdida de protección y seguridad de la cual siempre habría dependido (“...no llamábamos todos los días y nos veíamos mínimo tres veces por semana”), generándose su primera crisis de pánico. Existiendo solo un evento significativo, llama la atención sus fluctuaciones en 8 de 20 escalas evaluadas. Sin embargo, si a este evento, le sumamos el contexto familiar vivido a lo largo de todas las sesiones, sobre todo considerando la distancia generada por su nieta,

la cual decide ir a vivir con su madre, los resultados quedan justificados sobre todo en el aumento de sus puntuaciones observado entre las mediciones O3 y O4.

Paciente 4, Gonzalo: El caso de Gonzalo reviste particular interés en cuanto a ser uno de los participantes que presentó el menor número de hitos significativos en su historia de vida. El único hito referido en su historia biográfica es a temprana edad, en donde debe vincularse a su hermano mayor producto de la ausencia reiterada de ambos padres por motivos de trabajo. Lo anterior permite inferir que esta relación con su hermano-padre pudiese haber generado una relación de dependencia, *“mi hermano mayor siempre fue como un papá para mí, era mi ídolo desde cuando yo era chico, con decirle que salíamos a predicar juntos”*, estableciéndose una sensación vincular de protección y seguridad. La relación existiría de manera normal hasta los 18 años, produciéndose el quiebre con la religión que profesaba. Su hermano, no estando de acuerdo con esto, decide romper la relación. Se podría inferir que la sintomatología ansiosa ocurriría posterior a esto, pudiendo haber gatillado la primera crisis de pánico que pareciese haber sido producida, aparentemente, solo por el consumo de marihuana y alcohol. Esta última hipótesis cobra relevancia ya que Gonzalo fue uno de los participantes que mostró el menor número de fluctuaciones en las escalas, registrando solo 4 de 20 evaluadas, no mostrando mayor interferencia emocional en el proceso.

Paciente 5, Miguel: La situación de Miguel es muy similar a la mostrada por Gonzalo, en cuanto a la menor cantidad de hitos biográficos presentes. Sin embargo, Miguel se observa, en sesión, mucho más ansioso y obteniendo mayores fluctuaciones en sus puntuaciones, registrando, al igual que Lorena, un comportamiento inusual en 7 de las 20 escalas evaluadas. Los hitos en su historia biográfica estarían dados ya que a lo largo de su vida, su padre se mostraría excesivamente demandante frente a los logros obtenidos por el paciente en el ámbito académico. En conjunto con lo anterior, también refiere el abandono de su padre una semana antes de desarrollar su primera crisis. Se infiere que serían precisamente estos dos aspectos lo que gatillarían la primera crisis de pánico. Esta repercusión emocional sería congruente con lo observado en sus puntuaciones, presentando un comportamiento inusual en las fases finales de las mediciones, precisamente entre las O3 y O4, lo que

permitiría inferir que el evento último ocurrido en su vida, en cuanto al abandono de su padre, tendría una mayor resonancia emocional en el aumento de los síntomas de pánico.

Paciente 6, Ester: A diferencia de todos los demás participantes, Ester es la que presenta mayor cantidad de hitos biográficos significativos en su historia de vida, alguno de estos de bastante repercusión emocional, contando entre ellos la violación sufrida por parte de su tío y el abandono de sus padres vivido en su temprana infancia, lo que habría gatillado un trastorno depresivo mayor en comorbilidad con un cuadro psicossomático de larga data no descartándose la presencia de alguna problemática de personalidad. La presencia de estos variados hitos biográficos significativos es congruente con lo observado, no tan solo con el comportamiento distante, desconfiado y poco participativo mostrado durante las sesiones, sino que también, en las puntuaciones obtenidas en los instrumentos evaluados, ya que presentó el mayor número de fluctuaciones inusuales en 19 de las 20 escalas medidas. Lo anterior permitiría inferir que la presencia de éstos, y su grado de significación emocional, estarían influyendo en el comportamiento inusual observado en sus resultados. Llama la atención que las mayores fluctuaciones estén distribuidas de manera alternada entre O1, O2 y O3 siendo más frecuentes y más intensas entre la O3 y O4. Este último aspecto, también nos permitiría inferir que, al parecer, la dinámica familiar referida con su nieta Kiara estaría repercutiendo en los síntomas ansiosos presentes en la medición realizada en la fase de seguimiento.

Paciente 7, Cristina: Al igual que Gonzalo y Miguel, Cristina es una de las participantes que muestra la menor cantidad de hitos biográficos significativos en su historia de vida. En efecto, con la distancia de sus padres, por motivos laborales, se vio sobreprotegida por la familia de sus tíos maternos encontrando un entorno seguro y protegido durante la mayor parte de su infancia y adolescencia, entorno protegido que sería sostenido incluso hasta después de su matrimonio en casa de sus suegros, donde refiere nunca haber estado sola. Este sentido de protección se vería interrumpido cuando se va a vivir a los Vilos, por traslado de su marido, y ante la percepción de peligro estando sola con su hija se gatilla su primera crisis de pánico teniendo que regresar a casa de sus suegros. A pesar de no observarse mayores hitos emocionalmente significativos, se infiere que es esta sensación de

vulnerabilidad e indefensión lo que estaría detrás de su primera crisis. Lo anterior es congruente con los resultados mostrados en las mediciones realizadas ya que solo presentó, al igual que Gonzalo solo 4 fluctuaciones inusuales de las 20 evaluadas, registrando leves aumentos entre la medición final a la de seguimiento (O3 y O4). En ambos casos es donde existe mayor congruencia entre el número de hitos significativos, grados de significación y menor índice de fluctuaciones observadas.

Paciente 8, Roxana: El caso de Roxana llama la atención, en cuanto a que también, al igual que Gonzalo y Cristina, registra el menor número de hitos significativos en su historia biográfica, señalando solo su enfermedad y su conflictiva relación con su madre como, al parecer, únicas causas en su primera crisis de pánico. Sin embargo, y a pesar de estos bajos números de hitos señalados, la participante obtiene uno de los mayores números en fluctuaciones inusuales mostradas, situándose solo después de Ester, obteniendo 11 de 20 escales evaluadas. Lo anterior llama la atención ya que se hubiese esperado un comportamiento más estable en sus mediciones. Con respecto a estas fluctuaciones, la participante obtiene aumentos importantes entre las mediciones O2 a O3 y O3 a O4, aumentos que permiten inferir que la problemática con su madre, la cual se actualiza después de un largo tiempo, estaría detrás de los síntomas ansiosos tras la medición de seguimiento.

7.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación presentaría las siguientes limitaciones:

- 1.- Muestra discreta y ausencia de grupo de control: de una muestra total de 16 pacientes seleccionados, solo 8 accedieron a participar en la intervención planeada. Los demás rechazaron colaborar, incluso como grupo control (en donde solo se les solicitaría participar en las cuatro evaluaciones contempladas) señalando motivos laborales y de disposición.
- 2.- Presenta un seguimiento discreto: El seguimiento contempló solo tres meses al terminar el tratamiento. Deseable hubiese podido existir un seguimiento de 6 meses y un año como mediciones Post Test. El seguimiento no contempló disminución en las dosis en el tratamiento farmacológico de los participantes.

3.- Instrumentos de evaluación no todos validados en población chilena: Se utilizaron seis instrumentos de medición (M.I.N.I PLUS (Mini International Neuropsychiatric Interview, versión en español 5.0.0), CATP (Cuestionario Abreviado del Trastorno de Pánico), PDSS (Panic, Disorder Severity Scale), OQ-45 (Outcome Questionnaire for monitoring change in psychotherapy) , STAI (State – Trait Anxiety Inventory), BAI (Beck Inventory for Anxiety)) dentro de los cuales solo dos se encuentran validados y adaptados a la población local.

4.- No comparable con otros estudios chilenos de TCC en formato grupal para el trastorno de pánico: Con respecto a la bibliografía revisada no se disponen de mediciones similares a nivel nacional en esta modalidad, no existiendo estudios parecidos dentro del mismo contexto hospitalario en la atención primaria.

5.- Ausencia de instrumentos que evaluarán otras patologías de salud mental: No se contempló instrumento de evaluación de síntomas afectivos de base que pudiese explicar las fluctuaciones afectivas y anímicas durante el proceso del taller, así como tampoco se contempló algún instrumento que midiese trastornos de personalidad que permitiera ayudar a concluir con mayor certeza fluctuaciones en los resultados observados.

8.- DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general proponer una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual de formato grupal para pacientes diagnosticados con trastorno de pánico con y sin agorafobia en la atención primaria. Para ello, esta investigación presenta un consolidado teórico basado principalmente en dos de los modelos de tratamientos cognitivos conductuales que han mostrado mayor efectividad en la reducción sintomática del pánico, los cuales son: el tratamiento del control del pánico de Barlow (TCP) y la terapia cognitiva para el trastorno de pánico de Clark (TC). Es importante señalar que gran parte de las investigaciones encontradas en la literatura revisada, incorporan, al igual que el presente estudio, la influencia de estos dos modelos que, según la APA (American Psychological Association) y según la guía clínica sobre intervenciones psicológicas (APA, Task Force on Psychological Interventions Guidelines),

son dos de los tratamientos “mejor establecidos” para el tratamiento del trastorno de pánico (Nathan y Gorman, 1998). Es preciso señalar que si bien, se consideró el modelo del control del pánico de Barlow, a diferencia de éste, no contempló incorporar ejercicios de respiración diafragmática ni ejercicios de respiración controlada por considerarla como una estrategia de búsqueda de seguridad, evitando que se pudiese constituir como una estrategia para “ponerse a salvo” de los síntomas de ansiedad que surgieran en los ejercicios de exposición interoceptiva. Lo anterior concordaría con la línea argumental del modelo de Beck (2012), el cual plantea que puede existir el riesgo que las técnicas de respiración fomenten la puesta en práctica de estrategias de aseguramiento que impidan la correcta desconfirmación de los pensamientos catastróficos en curso.

Con respecto al aspecto sintomatológico, se pudo constatar que la mayoría de los participantes mostraba un deterioro significativo en sus estilos de vida, existiendo un menoscabo en las actividades de su vida diaria, en los ámbitos afectivos, familiares y sociales. Lo anterior es congruente con lo señalado por Robins et al., (1984) el cual refiere que la incapacidad gatillada por este trastorno puede variar, pudiendo causar desde una alteración leve en la vida normal hasta producir una discapacidad casi total que impide al individuo trabajar y desempeñarse en cualquier ámbito. Lo anterior dio cuenta de la permanencia de la sintomatología de pánico en los participantes, y de cómo ésta contribuyó a la búsqueda de estrategias de aseguramiento, las cuales pudimos observar ya en la segunda sesión, pudiéndose evidenciar, en la mayoría de los participantes, dependencias a benzodiazepinas o no poder asistir a ningún lugar si no se hacían acompañar por alguien de confianza. Lo anterior es congruente con lo señalado por Clark, (1997, 1999) el cual refiere que la confianza en las conductas de búsqueda de seguridad, como son llevar encima medicación ansiolítica para casos de emergencia o ir acompañado por un familiar o amigo, puede contribuir a la persistencia de la ansiedad manteniendo la creencia de que ciertas sensaciones internas no deberían sentirse porque son peligrosas.

Pasando al ámbito cualitativo, y considerando las viñetas biográficas donde se describen las primeras crisis de pánico sufridas, pudo observarse, tal como señala Clark (1988), que en la mayoría de los cuadros clínicos existió una activación interoceptiva

significativa en cuya base se encontraban creencias nucleares que a menudo movilizaban pensamientos catastróficos relacionados, frecuentemente, con la muerte causada por un infarto, asfixia, locura, ataques o similares, generándose, en la mayoría de los casos, hipersensibilidad a las sensaciones corporales. En efecto, lo anterior lo pudimos observar ya en la tercera sesión, cuando se iba a dar paso a los ejercicios de exposición interoceptiva de 10 segundos, en donde los participantes reportaron sentir los mayores niveles de ansiedad anticipatoria antes de realizar el ejercicio de exposición, verbalizando tener miedo a sufrir posibles ataques cardiacos o algún otro evento que amenazara su salud física y mental. Otro de los elementos revestidos de particular atención en este ámbito, también señalado en las viñetas biográficas, da cuenta que en la mayoría de los participantes sus primeras crisis son precedidas por sucesos vitales relativos a la pérdida de personas significativas, y /o situaciones de agresión y maltrato, sean estas dirigidas hacia el propio participante como hacia personas significativas para éstos, lo que hace suponer, siguiendo la línea argumental de Beck y Greenberg (1988), que la mayoría de los individuos pueden experimentar crisis recurrentes de angustia cuando existan situaciones relacionados con vulnerabilidad personal y sensación de indefensión.

Continuando con los resultados cualitativos, se puede concluir la importancia fundamental que tienen los aspectos estructurales de organización y planificación en la puesta en marcha del protocolo. En efecto, contar con la infraestructura apropiada, resguardando la confidencialidad, cuidando los espacios con el objetivo de generar un entorno protegido para la realización de los ejercicios de exposición, fue fundamental para generar una sensación de seguridad y confianza en los participantes. Otro elemento prioritario fue mantener una adecuada planificación de las sesiones, esto permitió entregarles a los participantes la sensación de ser partes de una instancia que presentaba una adecuada organización y responsabilidad con lo programado. Cabe señalar que, si bien el protocolo tenía una estructura y una organización bien definida, fue primordial, también, mantener una sutil flexibilidad que permitiese modificar los tiempos y actividades para entregar los espacios de contención emocional a los aspectos emocionales que emergieran de manera genuina en la dinámica grupal, aspecto de importancia significativa para fortalecer

la adherencia a las sesiones y contribuir así también al vínculo terapéutico. Considerando este último punto, fue importante conocer aquellos elementos contextuales e idiosincráticos de la población con la cual se pretendía trabajar, debiéndose adoptar todas aquellas estrategias que garanticen la asistencia a las sesiones (llamadas por teléfono el día previo o el mismo día de las sesiones, reforzar sesión a sesión sobre la importancia de la participación, disposición participativa del investigador, entre otras).

Con respecto al rol del psicólogo en la dinámica grupal, fue imprescindible que el investigador pusiese en práctica un rol participativo-no instruccional, en donde se debió ser muy receptivo al emergente grupal surgido en cada sesión, en donde se leyó cada detalle en el comportamiento de cada participante en las sesiones, en cuanto a saber cuándo introducir pausas, cuándo reforzar alguna conducta de afrontamiento, cuándo animar al grupo, cuándo generar espacios de contención y motivación grupal y cuándo utilizar la dinámica grupal como alianza terapéutica para facilitar condiciones emocionales en la realización de los ejercicios planificados. Este rol participativo – no instruccional del investigador hizo énfasis en poder incluir su propia participación en los ejercicios de exposición interoceptiva, sobre todo en etapas iniciales del protocolo, teniendo como objetivo poder operar como referente en la correcta realización de los ejercicios, pudiendo instalarse indirectamente como un agente que valide y normalice la activación fisiológica en los participantes.

Con respecto a los resultados cuantitativos obtenidos en esta investigación, podríamos afirmar que la psicoterapia cognitivo conductual en formato grupal, obtuvo cambios estadísticamente significativos en un 50% de los instrumentos utilizados, resultando ser efectiva a la hora de reducir la sintomatología de pánico y agorafobia en todas las escalas (20) que incluían los 6 instrumentos de medición. De estas 20 escalas, se observó que en 17 de éstas, hubo un 87,5% de los participantes que logró disminuir sus síntomas de pánico, encontrándose solo en las tres escalas restantes una disminución sintomatológica que, en promedio, alcanzó un 71%. En general, se pudo observar en todas las escalas una disminución sintomatológica cercana al 80% de los participantes. Lo anterior sería congruente con lo reportado en el conjunto de investigaciones revisadas

(Telch et al, 1993; Wade, Treat y Stuart, 1998; Roca, 2000; García-Palacios et al, 2002; Sanchez, 2003; Galassi et al, 2007; Garriga et al, 2009; Tarcio et al, 2003 y Prats et al, 2014) las cuales, si bien mostraron diferencias en número de participantes y número de sesiones contempladas, también mostraron una reducción sintomatológica de las crisis de pánico a seguimiento de tres, seis meses y hasta dos años. Esta disminución sintomática se observa en los resultados estadísticos obtenidos, en donde se pudo apreciar una disminución de la sintomatología del pánico en general (MINIPLUS ($p \leq 0.001$)) así como también de las interpretaciones catastróficas. Se evidenció también un aumento de la autoeficacia y una disminución de la gravedad del pánico en general (CATP($p \leq 0.001$)), apareciendo una disminución de las frecuencias de los síntomas de pánico, existiendo, además, un descenso de la sensación de malestar asociado, observándose una disminución de la preocupación y nerviosismo, descendiendo, también, la evitación exteroceptiva y la evitación interoceptiva, pudiéndose observar una disminución de la interferencia social (PDSS General($p \leq 0.001$)), experimentándose un bajo nivel de ansiedad asociados (BAI ($p \leq 0.001$)). Sin embargo, y a pesar de estos importantes resultados en términos de disminución sintomatológica, se observó en dos participantes (6 y 8), un comportamiento inusual en 19 de las 20 escalas (en caso de la participante 6) y en 11 de 20 escalas (en el caso de la participante 8), mostrando fluctuaciones importantes donde la mayoría de los participantes mostraba una disminución progresiva. Detrás de estas inusuales fluctuaciones, las cuales en 6 oportunidades llegaron a sobrepasar las puntuaciones basales, se podría inferir la presencia de comorbilidad de patologías afectivas graves (en el caso de la participante 6) y problemas de personalidad desde el ámbito vincular (en el caso de la participante 8), viéndose aumentada su producción sintomatológica, además, debido a sucesos estresantes actuales en sus historias. Lo anterior permite deducir que la aplicación de una intervención cognitiva conductual en formato grupal, a pesar de contar con una elevada evidencia respecto a su efectividad en cuanto a disminución sintomática, no debería ser sobrevalorada en participantes que presenten patologías de salud mental graves, ya que a la luz de los resultados, pareciese verse limitada su efectividad, no existiendo una respuesta terapéutica completamente satisfactoria, debiendo esperarse, tal vez, solo disminuciones sintomatológicas parciales, inestables y discretas. Para evitar lo anterior, se

deberá ser muy cuidadoso con el levantamiento de los datos en las evaluaciones diagnósticas antes de conformar la muestra de estudio, pudiendo proponer, para estos casos en particular, líneas de tratamientos más en la línea conductual dialéctica y en complementariedad con tratamientos farmacológicos establecidos.

Pasando a la integración de los resultados cualitativos y cuantitativos se observó la existencia de una disminución significativa en la ansiedad anticipatoria experimentada por los participantes ya en la quinta sesión, en donde se aprecia una nueva disposición actitudinal al experimentar los primeros ejercicios de exposición interoceptiva en complementariedad con las estrategias de re estructuración cognitiva suministradas. Al parecer, esta nueva disposición observada en los participantes (mejor disposición al realizar los ejercicios, mayor motivación, mayor seguridad, mejor actitud con respecto a la capacidad de afrontamiento a síntomas ansiosos) permitiría inferir que el proceso de desconfirmación de los pensamientos catastróficos y modificación de creencias estaría tomando curso a tempranas etapas del protocolo, comenzando a generarse en los participantes evidencia empírica verificatoria que permitiría revalorar las distorsiones cognitivas surgidas en los síntomas ansiosos gatillados por la experiencia de exposición. Lo anterior es congruente con lo señalado por Salkovskis y Clark (1997; 1999) en cuanto a que cuando se da lugar a la capacidad del participante para generar interpretaciones más realistas y benignas de las sensaciones temidas, la malinterpretación catastrófica sería desafiada y se sabotearía la escalada de la ansiedad alcanzando interpretaciones alternativas más realistas, plausibles y benignas. Lo anteriormente expuesto es concordante con lo observado en las sesiones siguientes, ya que, no tan solo se observó un aumento de la autoeficacia percibida, sino que también, comenzó a existir un aumento gradual en la tolerancia al malestar activado por los ejercicios de exposición más intensos, mostrando activación intensa durante el ejercicio, pero logrando tolerar la ansiedad residual posterior, comenzando a instalarse el proceso de habituación. Lo anterior se encontraría en las investigaciones de Antony y Barlow, (1997); Barlow, (1988); Tryon, (2005) y Stewart y Watt, (2008), los cuales refieren que los beneficios de la exposición interoceptiva generarían una habituación o reducción de la activación fisiológica y emocional, un

aumento de las expectativas de autoeficacia, un aumento de las expectativas de mejora, una disminución de las interpretaciones amenazantes y una mejor aceptación emocional en cuanto a aceptar y tolerar los estados emocionales negativos y las sensaciones somáticas asociadas sin escapar de ellas ni intentar controlarlas. Todos estos beneficios, corroboran la significativa importancia de los ejercicios de exposición interoceptiva puestos en práctica en el desarrollo de todo el protocolo terapéutico, observándose ser un agente potencial de cambio en cuanto se constituye como un nuevo registro de información, enriqueciendo la experiencia cognitiva y emocional en los participantes, pudiendo inferirse que en ella emergen por si mismas las posibilidades inherentes de procesos de re significación, procesos que por medio de la re estructuración cognitiva obtienen la dirección adecuada a los procesos de cambio y re aprendizaje esperados, aspecto que permite inferir, además, que ambas técnicas deberían ser siempre complementarias cuando se pretenda abordar líneas psicoterapéuticas para reducir la sintomatología de pánico. Este aspecto sería también afirmado por Margraf y Schneider (1991) y Bouchard, et al, (1996) los cuales refieren que, al parecer, no existiría diferencias significativas entre una y la otra, pudiendo ser mutuamente complementarias.

Siguiendo con la integración de los resultados cualitativos y cuantitativos, y para finalizar, es preciso señalar, que la presente investigación permitió esclarecer, al igual que las investigaciones realizadas por Sandin et al. (2006) que, al parecer, el fenómeno etiológico de las crisis de pánico dependería más bien de la percepción subjetiva del suceso vital más que con la mera frecuencia o cantidad de los mismos. Lo anterior lo pudimos observar, ya que muchos de los participantes que no presentaban una elevada cantidad de sucesos vitales mantenían altas puntuaciones en sus síntomas de pánico obteniendo altos comportamientos inusuales en sus mediciones. Por el contrario, participantes que mantenían alta cantidad de sucesos vitales parecían tener un comportamiento de disminución progresiva en sus síntomas de pánico, elemento que permite concluir que no existiría una correlación entre cantidad de sucesos vitales y aumento sintomático de las crisis de pánico, sino más bien que podría existir una correlación entre la valoración subjetiva del suceso vital y el aumento sintomático del pánico.

Al igual que una investigación realizada por Marcaurelle et al. (2003), los resultados obtenidos en la presente investigación también permiten concluir que existiría una relación directa entre el trastorno de pánico y la ocurrencia de sucesos vitales relacionados con la salud, los conflictos interpersonales o la pérdida de personas significativas, temáticas presentes en 7 de 8 participantes de la actual investigación. Sumado a lo anterior, y a pesar que solo existirían dos casos en donde la aplicación del protocolo obtuvo resultados discretos en términos de reducción sintomática, podríamos señalar, al igual que Friedman et al. (2002), que existiría una correlación directa entre haber experimentado sucesos vitales traumáticos significativos durante la infancia, con la gravedad clínica evidenciada y con el pronóstico terapéutico alcanzado, aspectos que nos permiten inferir que el presente protocolo no sería aplicable a pacientes que presenten hitos biográficos traumáticos acontecidos en sus tempranas infancias que pudiesen haber generado trastornos de personalidad y/o patologías psiquiátricas severas.

10.- CONCLUSIONES FINALES Y SUGERENCIAS

Finalmente podemos concluir que más allá de la valoración de los datos cuantitativos y cualitativos, es importante contextualizar que esta investigación, pretendió conformarse como una propuesta psicoterapéutica cognitiva conductual de formato grupal para el trastorno de pánico con y sin agorafobia dentro de muchas otras. Los resultados mostrados, a pesar de no ser concluyentes en cuanto a obtener cambios estadísticamente significativos en todos los instrumentos de medición utilizados, permiten observar importantes porcentajes de efectividad a la hora de demostrar la reducción sintomática en el trastorno de pánico con y sin agorafobia, quedando evidenciado al momento del seguimiento, que ninguno de los participantes presentó nuevas crisis de pánico. Lo anterior permite concluir, además, la posibilidad operativa de que el protocolo en estudio pueda ser aplicado en contextos de atención primaria de salud. No obstante, no podemos generalizar los resultados debido a la estructura propia de la intervención, sobre todo considerando la imposibilidad de compararla con otras investigaciones que contemplen el mismo protocolo adaptado, la ausencia de grupo control, lo pequeño de la muestra incluida y lo discreto de su seguimiento. Deseable sería incluir en futuras investigaciones más de un grupo de

estudio, incorporando además, una muestra más amplia, un grupo control de comparación, abordando procesos de seguimientos a seis meses y al año post tratamiento.

Es necesario señalar en este apartado que, para efecto de futuras investigaciones, se deberá atender especialmente al aspecto ético-formal que sustenta toda intervención en formato grupal, siendo necesario salvaguardar la confidencialidad de los participantes, tomando especial atención a los potenciales riesgos de salud que éstos puedan sufrir durante la ejecución del protocolo. Para ello, en toda futura investigación se deberá establecer una evaluación diagnóstica general rigurosa, incluyéndose, no tan solo instrumentos de evaluación relativos a la problemática del pánico, sino que también, se deberá contemplar instrumentos que midan trastornos afectivos y/o patologías psiquiátricas graves, no debiendo descartarse, además, una evaluación médica general. Una vez realizadas las evaluaciones de salud mental y de morbilidad, se deberían desarrollar explícitamente los criterios de exclusión a modo de contraindicaciones, debiendo respetarse rigurosamente, sobre todo, si la intervención grupal incorpora ejercicios de exposición interoceptiva y exposición en vivo que desarrolle altos niveles de activación fisiológica que los participantes puedan experimentar.

En conclusión, y más allá de las observaciones realizadas, la presente investigación pretende dejar una puerta abierta para futuros estudios ante la necesidad de profundizar en el aspecto etiopatogénico detrás de los trastornos de pánico, pudiendo ser una oportunidad para abordarlos desde un paradigma constructivista cognitivo, acentuando la importancia de la percepción subjetiva de los sucesos vitales involucrados en las historias de vida de los participantes, más que en señalar la mera cuantificación de los mismos, pudiéndose desentrañar, de esta manera, los procesos reales de significación personal detrás de los hitos biográficos presentes en sus vidas los cuales generaron el trastorno de pánico. Siguiendo con el paradigma constructivista cognitivo, sería interesante, además, poder ahondar en los procesos subjetivos de significación provistos en la propia experiencia del taller y de cómo la realización de ejercicios de exposición interoceptiva y/o exteroceptiva, el establecimiento de las relaciones interpersonales y los vínculos terapéuticos desarrollados, pueden

constituirse como nuevos registros experienciales que llevan inherentes procesos de significación y reaprendizaje tanto para sí mismos como en relación con los demás.

En consecuencia, se consideraría primordial profundizar en todos los procesos subjetivos de significación personal que permitan apropiarse de estas experiencias individuales y grupales, esclareciendo los nuevos registros de reordenamiento identitario que estas nuevas experiencias del taller proveen, debiendo tener especial atención a los despliegues y estilos disfuncionales de cada participante, y de cómo éstos operan en la conformación de la identidad así como también en sus fracturas, las cuales darán paso al surgimiento de los trastornos de pánico posteriores. Por lo tanto, podemos concluir que el esclarecer estos procesos de significación subjetiva del emergente grupal será fundamental para instalar, facilitar y promover las condiciones para que emerja el cambio terapéutico grupal.

BIBLIOGRAFÍA

Aaron T. Beck, David A. Clark, (2012), *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*, 2012.

Amodeo S. (2013) *De la teoría a la práctica en la superación del pánico, A propósito de un caso*, Fundación Jiménez Díaz, España

Azuzena M., (2010) *Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Un análisis de caso*, Universidad Autónoma del Estado de México, Atlacomulco, México.

Bados A., y García E., (2011), *Técnicas de Exposición, Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos*, Facultad de psicología, Universidad de Barcelona, España.

Bados A., y García E., (2010), *La técnica de la reestructuración cognitiva, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos*, Facultad de psicología, Universidad de Barcelona, España.

Blair C. Gomez, Sierra L. Acero, (2008), *Trastorno de pánico y organización de significado personal fóbica: una mirada postracionalista*, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Botella, C. (2004). *Tratamientos eficaces para el trastorno de pánico. Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I*. Editorial Pirámide. Madrid, España.

Burgos P. y Sepulveda A., (2013), *Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble*, Tesis para optar al título de psicólogo, Escuela de psicología, Universidad del Bio Bio, Chillan, Chile.

Behenck A., (2015), *Avaliação dos fatores terapêuticos de grupo e a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e transtorno obsessivo compulsivo*, Universidade federal do rio grande do sul escola de enfermagem programa de pós-graduação em enfermagem, Porto Alegre, Brasil.

Caballo E.V. (1997), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, Vol. 1, Trastornos de Ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, Siglo XXI, España.*

Castro N., Espinoza D., (2009) *Trastornos de Pánico en Adolescentes” ¿Una Problemática de la Sociedad Actual?*, Tesis para optar al título de Asistente Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Clark D., Beck A., (2010), *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, Ciencia y práctica*, Series psicoterapias Cognitivas.

Craske, Rappe and Barlow, (1988), *Manual para el Control del Pánico*, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany, Nueva York, Estados Unidos.

Curivil P, Carretero M., (2007), *Modelo de Psicoterapia Grupal Breve Constructivista Cognitivo para Trastornos del ánimo, Enfocado a Pacientes Diagnosticados con Depresión*, Memoria para Optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.

Garay, C., Korman G. y Keegan E., (2008), *Terapia Cognitivo Conductual en Formato Grupal Para Trastornos de Ansiedad y Trastornos del Estado de Animo*, Revista, Subjetividad y Procesos Cognitivos, Pág. 61-72.

García J. y Noguera E.V, (2013), *Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de Ansiedad*, Servicio de Salud Andaluz, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía, España.

Garriga A. et al.(2009), *Tratamiento Cognitivo Conductual del trastorno de pánico con y sin agorafobia en un centro de salud mental público*, Servicio Murciano de Salud, Hospital Psiquiátrico, Murcia, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 14, N.º 2, pp. 79-93.

Gutiérrez, G., Hernando N., y Sevillano P. (2011), *Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención*

primaria, Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport, pp 209-224, Barcelona, España.

Hernandez R, Fernandez C, y Baptista M, (2010), *Metodología de la Investigación*, Quinta Edición, Editorial McGraw Hill.

Minoletti A., Zaccaria A., (2005), Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia, Revista Panamericana de Salud Pública, pp.346-358.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2006). *Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). Encuesta de Salud 2009 – 2010, Santiago: MINSAL.

Monterde N., Casado M., (2015), *Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor*, Universidad Complutense de Madrid, España.

Prats E. et al (2014), *Efectividad de la terapia cognitivo conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada*, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Rincon P. Gonzalez, (2003), *Trastorno De Estrés Postraumático En Mujeres Víctimas De Violencia Domestica: Evaluación de Programas de Intervención*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Roca E, (2000) *El trastorno de pánico y su tratamiento, Terapia Cognitiva Focal en Formato Grupo*, Unidad de Salud Mental Malvarrosa de Valencia, Consellería de sanidad, Comunidad Valenciana, España, 2000.

Rodriguez A. (2010), *Efectos de un programa para aumentar la autoeficacia y disminuir la ansiedad y su influencia sobre la prevención de recaídas en adultos que asisten a un programa de rehabilitación de la drogadicción*, Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad de la Sabana, Colombia.

Roldan G., (2010), *Psicoterapia grupal desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y atención plena (mindfulness)*, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.

Sánchez C. et cols. (2015), *Evaluación de factores cognitivos positivos y negativos relacionadas con el trastorno de pánico: Validación del CATP*, Hospital General de Úbeda, Jaén, España.

Sánchez M., (2003), *Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad*, Clínica y Salud, vol. 14, núm. 2, 2003, pp. 183-201, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España.

Sandin B. (2005)., *Evitación Interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Volumen 10, Número 2, pp. 103-114.

Sandin B., Rodero B., Santed M. y Campayo J., (2006), *Sucesos Vitales Estresantes y Trastorno de pánico: Relación con el Inicio del trastorno, la Gravedad y la Agorafobia*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Volumen 11, Número 3, pp. 179-196.

Sansa C., (2011), *Psicosis de tipo esquizofrénicos en niños y adolescentes, desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Infanto – Juvenil, Universidad de Chile.

Sanz J. et cols., (2012), *El inventario de ansiedad de beck (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos*, Universidad Complutense de Madrid, España.

Scharager J. Molina, M. (2007), *El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile*. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(3):149–59.

Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore, (1982), *State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire STAI*, Palo Alto, California, Estados Unidos: Consulting Psychologists Press.

Spinelli F. et al, (2008), *Pánico y Fobias: Un Abordaje desde la Perspectiva Cognitiva Posracionalista*, Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.

Tarcio S. et al., (2013), *Efetividade de Terapias Cognitivo- Comportamentais em Grupo para o Transtorno de Pânico: Revisão Sistemática e Meta-análise*, Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. XV, nº 1, 50-82.

Tortella M. (2014), *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*, Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Revista Iberoamericana de Psicosomática Nº 110, 62-69.

Vera P., Celis K., Cordova R., (2007), *Análisis Preliminar y Datos Normativos del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Adolescentes y Adultos de la Ciudad de Santiago de Chile*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Vicente B., Rioseco P., Vielma M., Uribe M., Boggiano G., Torres S., (1992), *Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses*. Rev Psiquiatr. 1992;6(4):194–202.

Vicente B., Rioseco P, Saldivia S., Kohn R., Torres S. (2002), *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)*, Rev. Panamericana de Salud Pública, Chile.

Vicente B., Kohn R., Saldivia S., Rioseco P, Torres S. (2005), *Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental*, Rev. Panamericana de Salud Pública, Chile.

Von Bergen A. y Parra G., (2002), *OQ-45.2: Cuestionario Para Evaluación De Resultados Y Evolución En Psicoterapia: Adaptación, Validación E Indicaciones Para Su Aplicación E Interpretación*, Chile, Revista Terapia Psicológica, Volumen 20 (2), Nº 38, Santiago, Chile.

Wilson R. (2001), *No al Pánico: Como controlar los ataques de angustia*, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

Yañez J., (2005) *Constructivismo Cognitivo, Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia*, Tesis para optar al título de Doctor en Psicología, Universidad de Chile.

LISTA DE ANEXOS

**Anexo 1: Protocolo para el Tratamiento de la Terapia Grupal
(consultar a: romualdobermudez@gmail.com)**

Anexo 2: Algunas Descripciones Biográficas de los Participantes

Anexo 3: Consentimiento Informado

Anexo 2

ALGUNAS DESCRIPCIONES BIOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES

Para estas descripciones se utilizó información recopilada en las sesiones del taller, utilizando los formatos de autoregistro, instrumentos de evaluación, y dos sesiones de seguimiento el 4 y 5 de Abril del 2016, sumado a información de ficha clínica. Todos los nombres y datos identificatorios han sido modificados con el objetivo de proteger la identidad de los participantes.

Paciente 1: Lorena, 49 años. “Las mil y una noches”

Lorena proviene de una familia biparental. Su padre, de oficio pescador artesanal, y su madre dedicada a la crianza de sus hijos y a labores de casa tendrían 3 hijos, siendo ella la hija del medio de entre dos hermanos de 51 y 39 años de edad actualmente. Desde muy pequeña, en su hogar, existirían dinámicas disfuncionales relacionadas con un alcoholismo galopante de su padre quien ejercería violencia y maltrato verbal, psicológico y físico en contra de una madre pasiva en su actuar. Cabe señalar que su padre no ejercería ningún tipo de violencia en contra de ella, a diferencia de sus hermanos a los cuales si maltrataba. Sumado a lo anterior, también existiría un maltrato sufrido por parte de sus hermanos quienes le dirían apodos, burlas y en algunas ocasiones golpes con la manos. Su enseñanza básica transcurre de manera habitual hasta que debe ser interrumpida (en 8ª año básico) por necesidades económicas, debiendo trabajar en comercio ambulante en conjunto con su madre para ayudar en la mantención de su casa. La paciente conocería a su primera pareja (3 años mayor que ella) de la cual nace, su primer hijo. Tras 4 años de relación se separaría señalando la existencia de episodios de consumo de alcohol y drogas por parte de él quien también ejercería violencia intrafamiliar del tipo psicológica y física. Posterior a la separación, y al pasar algunos años, conocería a su última pareja 30 años mayor que ella, pareja que pasaría a ser su marido tras una relación de 3 años. De este matrimonio nacerá su segundo hijo, en el seno de un hogar tranquilo y sin mayores problemas. Al pasar algunos años fallecería su padre en el año 2011 situación que la paciente recuerda con mucho dolor. Dos años después fallecería su esposo a los 80 años de edad de un ataque cardiaco, pérdida

que la paciente no evidencia con dolor, sino que con una actitud de bienestar y fortaleza teatralizada. Su primera crisis de pánico acontece en julio del 2014 señalando no saber que le ocurrió...”*no sé bien qué fue lo que me pasó, venía rara desde hace días, me sentía extraña, algo me pasaba, me daba en ciertas horas del día, como a las 20:00...es ahí como que me venía y me empezaba a poner nerviosa, me daba miedo...hasta que me vino, era tarde como a las 23:45 y estaba viendo una comedia (las mil y una noches) y me empezó un calor por las piernas, me empezó a faltar el aire, no podía respirar, empecé a tiritar, el corazón lo sentía...ahhh, muy fuerte, me dolía la cabeza mucho, y fue ahí cuando me paré de la cama y me mareé, pensé que me venía algo, como un infarto, que me iba a morir. Ahí mi hijo me llevó a la urgencia....yo creo que fue este viejo (esposo) que me quería venir a buscar”* (rie). Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnósticos de trastorno ansioso depresivo y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 2: Elena, 42 años, “La fábrica de Champiñones”

Elena, oriunda de Rancagua, proviene de una familia monoparental sufriendo el abandono de su padre al momento de nacer. Su madre, comerciante ambulante, en conjunto con su familia de procedencia (Abuelas, tías, primos) tuvo que hacerse cargo de 13 hijos siendo la paciente la menor. Su infancia transcurre en un entorno de vulneración constante, reportando abusos sexuales a los 8 y 10 años de edad en reiteradas ocasiones por un vecino y primo quienes vivirían al lado de la casa de su madre. Debido a esta infancia llena de precarias condiciones económicas, y contextos de vulneración, debe suspender sus estudios a los 14 años (8° año básico) teniendo que incorporarse a la fuerza laboral de su familia. Tras varios años de relaciones afectivas transitorias, conocería a su ex marido contrayendo matrimonio a los 20 años de edad, relación de la cual nacerían sus dos hijos de 21 y 18 años actualmente. Los problemas de agresividad y violencia física en su marido comenzarían a presentarse de manera gradual hasta alcanzar niveles severos de violencia teniendo como consecuencia generar varias hospitalizaciones de la paciente, producto de las graves golpizas sufridas a manos de éste. Este contexto familiar de violencia sería terminado tras la separación ocurrida en el año 2008 judicializándose su caso. Su ex - marido, no acatando

medidas judiciales de alejamiento es sentenciado y condenado a 4 años de cárcel efectiva. Durante ese periodo la paciente aprovecha de trasladarse a vivir en la ciudad de Quintero con sus dos hijos contando con resguardo policial los 6 primeros meses de su estancia. Al transcurrir 3 años conocería a su pareja actual (Juan) con quien convive hace más de 8 años, señalando vivir de manera tranquila y sin problemáticas de violencia ni consumo de alcohol. Todo estaría bien, hasta mediados del 2014 donde comienza a trabajar en la fábrica de champiñones en la ciudad de Concón acusando sufrir y ser víctima de una serie de hostigamientos y maltrato verbal por parte de un grupo de compañeros. En una noche de descanso y al tener que pensar en volver y comenzar una semana de trabajo comenzaría su primera crisis...”*estaba ordenando mi uniforme para ir a trabajar al día siguiente, no quería ir porque me sentía presionada por unos compañeros, y como a las 22.00 de la noche me empezó un fuerte dolor al pecho, como que no podía respirar, me senté en la cama y traté de comenzar a respirar fuerte, pero no resultó, me ahogaba más y más, hasta que me vino lo del corazón, ahí creí que me venía algo, hasta que cuando ya no podía respirar más desperté a Juan y junto con mi hija me llevaron al hospital, durante esa semana estuve súper mal, no quería salir, ni hacer nada, pasaba llorando*”. Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnósticos de trastorno ansioso depresivo y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 3: Margarita, 56 años, “Dos terremotos”

Margarita proviene de una familia monoparental, teniendo un padre ausente, fue criada solo por su madre quien fallecería de cáncer cuando la paciente tenía 3 años de edad. Tras el fallecimiento de su madre se hace cargo de ella su tía materna quien asume la responsabilidad de la crianza comenzando a incorporarse a un contexto familiar del cual señala haber sido siempre la regalona de la familia, muy protegida, muy mimada y muy dependiente de su tía. Su educación transcurre sin mayor problema terminando su enseñanza media con calificaciones dentro del promedio. Al terminar su educación conocería a Dagoberto con quien contrae matrimonio tras dos años de pololeo. Actualmente la paciente se encuentra casada por más de 35 años con su esposo de ya 60 años de edad. A los dos años de matrimonio nacería su única hija quien actualmente tiene 35 años, siendo

madre soltera de una niña de 10 años. Al ser su única hija madre soltera, asume los cuidados de su nieta cuando esta tenía 2 años, llevándosela a vivir con ella, encargándose de sus cuidados y crianza en general, a modo de ayudar a su hija a “salir adelante” la cual trabajaba y estudiaba en la ciudad de Viña del Mar. Mujer de pocas palabras y práctica en su manera de resolver los problemas cotidianos, refiere siempre haber dependido económicamente de su marido quien durante muchos años ha trabajado en la Pesquera de Quintero, realizando trabajo de pesca de camarones bajo un régimen de 4 x 4 (cuatro días en casa y cuatro días en faenas de pesca). Todo estaría bien hasta que en Septiembre del año 2012 su tía, quien la crió y con quien mantenía una relación de cercanía significativa (“...no llamábamos todos los días y nos veíamos mínimo tres veces por semana”), sería diagnosticada de cáncer de estómago, falleciendo en Abril del año 2013. Tras un complicado proceso de duelo, logra reponerse hasta que en Septiembre del 2014 ocurriría su primera crisis de pánico... *“fue el 18 de septiembre 2014, días anteriores había tenido mucho trabajo de costura, sobre todo desde el 14 al 17. Ese día, el 17 en la noche, fuimos con unas vecinas a las ramadas y me tomé dos terremotos y después llegue a la casa y ya me sentía rara, yo creía que era por los terremotos y pensé que se me pasaría al otro día. A la mañana siguiente desperté con una sensación rara en mi cuerpo que nunca antes había sentido. Con sensación de miedo que iba en aumento. Después empezaron las palpitaciones en las manos y a recogerse los dedos, en ese momento sentí que el corazón se me salía por la boca, sentía demasiado miedo y lloraba y lloraba porque no sabía lo que me estaba pasando, pensaba que me estaba volviendo loca. Acudí al hospital y me dijeron que eran crisis de angustia, me inyectaron, pero no se me calmó. Recurrí por segunda vez al servicio de urgencias y lo mismo, esto me duro alrededor de 3 días, los que para mí fueron los peores días. Ahora he notado que pierdo la memoria con mucha frecuencia y creo que estoy loca”*. Durante el mes de noviembre del 2015 su nieta, de 10 años, le refiere que a principio del 2016 se irá a vivir a la casa de su mamá, ya que ésta habría congelado los estudios, pudiendo tener más tiempo para poder vivir juntas. Lo anterior haría aumentar los niveles de ansiedad en la paciente haciendo aflorar pensamientos negativos frente a la real competencia de su hija en habilidades de crianza sobre todo ante el establecimiento de límites, reglas, normas, seguridad y cuidado en

general. A fecha del seguimiento de Abril del 2016, existen en la paciente síntomas ansiosos – depresivos debido a la ausencia de su nieta, síntomas los cuales trata de compensar participando y vinculándose en variadas actividades desarrolladas por agrupaciones de la comunidad, refiere no haber experimentado crisis de pánico alguna. Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnósticos de trastorno de ansioso depresivo y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 4: Gonzalo, 22 años, “Playa Cau-Cau”

Gonzalo proviene de una familia biparental, su padre se desempeñó gran parte del tiempo como guardia de seguridad en sistema de turnos y su madre asumía el rol de dueña de casa realizando trabajos de cuidados del hogar casi puertas adentro. Relata haberse apegado a sus hermanos siendo el menor de los 3, debido a los grandes tiempos de ausencia de sus padres por razones laborales... “mi hermano mayor (20 años mayor que él) siempre fue como un papá para mí, era mi ídolo desde cuando yo era chico, con decirle que salíamos a predicar juntos”. Oriundos de Santiago, y fieros profesantes de la religión Testigos de Jehová, deciden venirse a la ciudad de Quintero por la tranquilidad y para mejorar su calidad de vida. Su infancia y adolescencia transcurriría de manera “normal”, así también su escolaridad, existiendo una dinámica familiar apegada a las leyes religiosas, no detectándose quiebres biográficos significativos hasta la edad de 18 años en donde decide alejarse y no profesar más la religión de ser Testigos de Jehová, debido a una serie de inconsistencias detectadas, según él, en el templo y en la vida real, asumiendo un juicio crítico hacia la misma. Este mismo juicio crítico, no sería compartido, ni aceptado por su familia, en especial por su hermano mayor, quien rompería relaciones con él desde ese día, alejándose y distanciándose de los lazos afectivos existentes entre ambos. Desde ese contexto familiar, el paciente decide irse de la casa de sus padres comenzando a vivir en casa de su polola. Gradualmente y a lo largo de unas semanas se daría inicio a los primeros síntomas ansiosos. Tras un consumo de alcohol riesgoso deciden salir con su polola a la playa...“ese día me programé para salir con mi pareja, estábamos en la playa (Cau-Cau) y saque marihuana como para pasar el rato. Armé un pito y empecé a fumar con mi pareja. A los minutos empiezo a notarla pálida, y que no se quedaba tranquila, estaba nerviosa, le

pregunto si está bien y me dice que no, que se siente pésimo, siente que le va dar algo al corazón. En ese momento se me derrumbó todo al no saber qué hacer, más encima estábamos en un lugar de difícil acceso y solos y en ese momento me empezó a dar a mí también, empecé a temblar, me puse pálido, me faltaba el aire, el corazón, me pasaron mil cosas por mi mente. De ahí, como pude, la tomé y me la llevé para la casa, pero seguían los síntomas de igual intensidad. A ella preferí acostarla creyendo que durmiendo se le iba a pasar y me quedé ahí preocupado viendo como tiritaba, me pedía que no me fuera...fue terrible ese momento, mientras yo seguí con taquicardia, y desesperado por no saber que nos estaba pasando, no sabía qué hacer...durante la semana me vinieron tres crisis más, pero estas eran más suaves ya sin fumar ni beber alcohol". Al momento del ingreso a la intervención grupal el paciente presentaba diagnósticos de trastorno ansioso depresivo y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 5: Miguel, 22 años, “La cirugía dental”

Miguel proviene de una familia biparental, siendo el mayor de 3 hermanos. A la edad de 10 años sus padres se separarían quedándose él y su hermano con su padre, producto, según él, de costarle mucho aceptar que su madre estuviese con alguien que para ellos fuese un desconocido. Su hermana se iría a vivir con su abuela paterna. Transcurriría parte de su infancia y adolescencia viviendo una relación conflictiva y de desapego con su padre, principalmente por sus ausencias laborales, hasta llegar al término de su enseñanza media en donde se tomaría “un año sabático” (tras fracasar en estudios de programador por “seguir a los amigos”) dentro del cual aflorarían los primeros síntomas depresivos. Como medida resolutiva comenzaría a interesarse por la cocina, esperando a su padre y su hermano que llegaran del trabajo con la cena servida, teniendo una muy buena respuesta de ambos. Desde esas positivas experiencias decide ir a matricularse en la carrera de cocina internacional, sin embargo, el día que llega a matricularse se entera que ya no existirían matriculas disponibles. Es en ese preciso momento que se entera que existirían matriculas para técnico dental decidiendo matricularse para probar. Una vez matriculado, decide ir a vivir con su tía paterna cerca del instituto priorizando distancia y costos de traslado.

Durante su carrera logra obtener muy buen rendimiento, señalando gustarle mucho la carrera, eximiéndose de la mayoría de las asignaturas. Al realizar sus prácticas profesionales, surge la posibilidad de acompañar a su profesor a una cirugía dental, todo iría bien hasta el término de la misma, en donde comenzarían a existir los primeros síntomas ansiosos al recordar ver sangre y recordar el procedimiento quirúrgico completo, suturas, anestесias, algodones, entre otros, teniendo que ser ayudado por su profesor y asistentes dentales en la clínica. Al día siguiente, y ya recuperado, decide ir a cancelar la última cuota de la mensualidad de su instituto cuando aparece la primera crisis... *“...estoy en la fila cuando se me acerca una compañera,... nos ponemos a conversar sobre la práctica y de lo que me había pasado y mientras le explico, noto que empiezo a sudar y cada vez que estoy hablando me cuesta más y estoy empezando a marearme. Cancelo la mensualidad, me despido de mi compañera e intento ir a buscar un lugar donde sentarme, me siento y empiezo a pensar en qué podía estar pasándome, y ahí me vino...fue muy fuerte, el corazón me iba a explotar, empezó a faltarme el aire, temblaba, sentía que algo malo me estaba pasando, salgo de la U a tomar un poco de aire, sigo con lo mismo, como que me voy a caer, me duele el pecho, tiemblo, mi corazón latía muy fuerte, no podía hablar, mi lengua estaba como pegada. Me retiro del lugar y tomo el metro con destino a mi casa pero en dos estaciones más allá me bajo del carro por sentir que me estaban observando, que se estaban dando cuenta de lo que me estaba pasando, me faltaba más el aire y tenía miedo de desmayarme dentro del bus, busco a la asistente del metro y le pido si puede llamar a mi tía por el teléfono ya que no tenía dinero en el cel, que me sentía muy mal. Ella se contactó con mi tía y me cuidó hasta que en una hora y media después llega mi tía a buscarme, le doy las gracias a la asistente por haberme cuidado mientras venía en camino mi tía. Me subo al metro con mi tía y me faltaba el aire, pero pude controlarme y no fue necesario. Una vez que llegamos a la casa me sentí mucho más mejor pero me sentía con frío y náuseas, ese día comí poco. Estuve una semana completa con náuseas y no podía ver nada con violencia ni sangre, ni siquiera volver a ver los animales violentos que ya había visto antes que me pasara esto. Después de eso tenía que dar la última prueba del año, no pude hacerla porque no pude entrar a la sala, me senté y me estaba viniendo todo de nuevo, hablé con la jefa de carrera y congelé. Después de eso, en la casa,*

al ver tan solo las letras de mis compañeros en el whatsapp, eso ya me angustiaba, al final no podía ver sangre, cuerpos, no podía estar en la sala, no podía ni ver a mis compañeros, ni escucharlos. Antes que me pasara esto, una semana antes tuve un problema muy grave con mi padre quien nos abandonó a mí y a mi hermano dejándonos solos, nunca había llorado tanto de todas las cosas feas que me dijo. Se lo conté a mi tía y lloramos juntos. Al dejarnos mi padre, mi hermano menor quedó solo en Quintero y obviamente como hermano mayor me preocupo y otras cosas más. Después de eso, unos días después me dio mi primera crisis ya contada anteriormente”. Al momento del ingreso a la intervención grupal el paciente presentaba diagnósticos de trastorno ansioso depresivo y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 6: Ester, 54 años, “Kiara”

Ester proviene de una familia biparental, siendo la mayor de cuatro hermanos. Su historia de infancia esta asolada por eventos traumáticos relacionados con abandono producto del consumo de alcohol de ambos padres, maltrato y abuso sexual a temprana edad (de los 6 a 10 años) por parte de un familiar cercano (tío materno) quien vivía con ellos. Su vida escolar transcurre de manera inestable con significativas ausencias escolares lo que conllevó a que solo alcanzara a terminar 5° año básico, vinculándose a labores de hogar. Actualmente Ester es una mujer casada hace más de 38 años con Juan, su marido de 58 años. De esta relación nacerían 2 hijos, Macarena (37) y Julio (35). Su marido sería de profesión obrero desarrollando trabajos de construcción, ella, en cambio, se ocupó gran parte de su vida en labores de dueña de casa. A lo largo de su vida refiere “haber tenido que aguantar mucho” debido a problemáticas con su esposo respecto al consumo de alcohol y malos tratos vividos, los que han ido disminuyendo significativamente en el tiempo. Su problemática de salud mental ha sido de larga data registrando controles en el programa de salud mental asistiendo desde que se tiene registro (antes del 1995) solo a controles médicos, siendo diagnosticada con síndrome ansioso sumado a una serie de dolencias psicosomáticas, entre ellas cefaleas, dolores musculares, colon irritable, esofagitis por reflujo, úlceras, mas su condición de paciente crónica debido a su hipertensión y diabetes. Sin embargo, su ingreso a psicoterapia comenzaría recién a principios del 2008, ingreso que

sería gatillado a raíz de lo que estaba aconteciendo en el matrimonio de su hijo, específicamente en la relación con su nuera, la cual en determinados momentos se mostraría alterada por mínimos problemas, dejando entrever altos grados de agresividad e impulsividad tanto para con su hijo Julio, como para con su nieta Kiara de 6 años, mostrando falta de apego, deficiencias en sus habilidades parentales para con la niña y reiterados episodios de violencia física y verbal hacia ella. La situación se vería insostenible culminando en la separación de ambos en el año 2009. Viendo los reiterados episodios que su hijo le relataba con respecto a la falta de apego y vulneración de derechos que su nuera mostraba para con su nieta, y debido a situaciones de abandono reiteradas, la paciente y su hijo deciden judicializar el caso ante tribunales resolviéndose que la custodia de la menor quedaría a cargo de la paciente. Tras un periodo de crianza difícil envuelto en amenazas de su madre, medidas cautelares y medidas de protección instaladas, comenzarían a desarrollarse reiterados estados ansiosos y de sostenida preocupación por el bienestar de ella, su hijo y su nieta, presentándose la primera crisis de pánico en el año 2009... *“habían ocurrido muchos problemas familiares y cuando ya estaba todo mejor y un poco más tranquilo un día me acosté y al cerrar los ojos me sentí rara, se me durmieron las piernas y estaban muy pesadas y sentí que algo salía de mi cuerpo, pensé que estaba soñando pero estaba despierta, traté de calmarme y pedía que se me pasara esa sensación...sentía que estaba ahogada y mis latidos del corazón los sentía en la garganta. A la mañana, al despertar me empezó de nuevo esta cuestión, era muy fuerte, tiritaba y sudaba y tenía mucho miedo de lo que me estaba pasando. Cuando me llevaron al hospital me inyectaron un calmante y a los días siguientes lloraba todos los días ya que tenía miedo que llegara la noche y me pasara lo mismo,...me culpaba yo misma de los problemas que estaban pasando en mi familia por no enfrentarlos cuando mi hija se fue de la casa por culpa del alcoholismo de mi marido, cuando mi hijo se separó y lo de mi nieta...tuve mucho miedo de lo le podía suceder”*. Como información relevante, cabe señalar que en el mes de diciembre del 2015, Kiara, en conjunto con su padre deciden ir a vivir juntos con el objetivo de querer afianzar la relación de ambos. A finales de diciembre del 2016, la paciente presentaría un aumento significativo de su cuadro ansioso depresivo (tristeza, soledad, no saber qué va a pasar con Kiara, insomnio de conciliación, preocupación constante). A marzo del 2016,

según reporte de ficha clínica, la paciente no habría presentado crisis de pánico, existiendo una remisión parcial de síntomas ansiosos leves a moderados. Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor, trastorno de ansiedad por enfermedad con solicitud de asistencia y trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 7: Cristina, 41 años. “Los Vilos”

Cristina proviene de una familia biparental dentro de la cual sería la menor de 5 hermanos. En el transcurso de su infancia refiere haber sido siempre la regalona, no obstante, señala haberse sentido frecuentemente sola, debido a que sus hermanos, todos mayores que ella (el hermano más cercano sería 10 años mayor) ya no estarían en casa. Ambos padres trabajaban, madre como operaria en pesquera y padre se desempeñaría como “filetero de pescado” en la caleta de Quintero, encontrándose rehabilitado de su consumo temprano de alcohol. Debido a los prolongados tiempos de ausencia de sus padres por motivos laborales, asume los cuidados su tía materna, la cual viviría en la casa lateral a la de ella, siendo su tía como “su verdadera mamá” estando al cuidado también de sus primos quienes, según la paciente, “la cuidaban arto...era muy regalona y sobreprotegida, como la muñeca de las dos familias”. Su adolescencia transcurría de manera tranquila hasta los 17 años cuando su padre recae en su consumo de alcohol, siendo descrito por la paciente como “una época bastante dolorosa” ya que siempre idolatró a su padre...”él me llevaba todos los días el desayuno a la cama y después de eso todo cambió”. Una vez que su padre comenzaría a beber, tanto sus hermanos y sus primos también comenzarían a realizarlo generándose variadas discusiones y peleas en casa. Debido a esto, la paciente optaría por no permanecer los fines de semana en la casa e iría a quedarse a la casa de una de sus amigas. Al transcurrir el tiempo conocería a su marido con el cual se casaría tras un breve periodo de noviazgo, matrimonio del cual nacerían 3 hijos. Al principio del matrimonio vivirían en casa de sus suegros, tiempo que se extendería hasta llegar a los 5 años, dentro de los cuales la paciente los recordaría como tranquilos y de buena convivencia, “*nunca estuve sola, siempre había gente*”. La vivencia de tranquilidad y protección se alteraría ante el traslado

de su marido a Los Vilos teniendo que salir de la casa de sus suegros e ir a vivir sola con su hija (2 años) a una nueva ciudad, a un sector de veraneo en donde muchas casas de alrededor se encontrarían sin moradores. En ese entonces se presentaría su primera crisis de pánico, ...”*no sentía ruido, no veía a nadie, pensaba ...si me pasa algo y no hubiese nadie que me ayudara, ahí me vino la crisis con mucha dolor al pecho, me dolía como el corazón, tiritaba entera, pensaba que me podía pasar algo, tenía mucho miedo, ...ahora que recuerdo vi a una persona como de esos raros, de aspecto raro...como de esos tipos medios volaos, y lo vi que se quedó por afuera de la casa donde estábamos yo y mi hija, y no había nadie más, ahí me vino. Después de eso me devolví donde mi suegra y no pude estar más sola, si mi suegra salía me tenían que dejar con alguien, no salía a ningún lado sola incluso dentro de Quintero*”. Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia.

Paciente 8: Roxana, 55 años, “La operación”

Roxana proviene de una familia biparental siendo la mayor de tres hermanas. En el círculo familiar, y con respecto de la dinámica en ésta desarrollada, existiría un padre más bien ausente y una madre estricta y distante emocionalmente con todas sus hijas, en especial con la paciente, ejerciendo un excesivo control en la toma de decisiones... “*ella era muy estricta, con el orden y la limpieza de los muebles y la casa en general, mis parejas las elegía ella, me controlaba en todo, incluso me hizo terminar con un pololo que yo quería mucho porque a ella no le gustaba, ella fue muy poco cariñosa con nosotras*”. Su vida escolar transcurriría bajo esta dinámica hasta terminar su enseñanza media. Años después, y tras un breve periodo de noviazgo, se casaría, matrimonio del cual nacen sus 2 hijos (de 36 y 30). Tras 15 años de matrimonio este se vería interrumpido producto de una infidelidad por parte de su marido quien se desliga completamente de ella y de sus hijos. A los años de su separación conocería a su pareja actual con quien vive hace más de 22 años, manteniendo una muy buena relación con él. Pasado algún tiempo, ya en su segunda relación, le vendría su primera crisis de pánico: “*...me vino cuando me diagnosticaron mi enfermedad (Miomias), caí en una fuerte depresión, toda mi familia me apoyó, menos mi*

mamá, quien prefirió ser más esposa que mamá, ni siquiera me fue a ver, ni siquiera me preguntó cómo estaba... cuando me dieron el diagnóstico yo lo tomé bien, estaba tranquila, pero cuando fui a sacar la hora con el médico que era quien me iba a operar y cuando ya venía de vuelta me comenzó... Llegue a la casa y me vino la crisis, en un momento sentí que no podía sacar el aire, no podía respirar, estaba muy asustada, empezó a latirme el corazón fuerte, como que algo me estaba dando, me iba a caer, empecé a transpirar, tenía mucho miedo que me pudiera pasar algo, yo creía que si me operaba me iba a morir, siempre lo he creído, incluso hasta me despedí de mi pareja y de mis hijos”. La problemática principal señalada por la paciente dice relación con su madre, a la cual ha tenido que cuidar por más de 10 años tras el fallecimiento de su padre. Refiere que sus hermanas han descansado en ella durante todo este tiempo delegando la responsabilidad para que la paciente fuese a hacer el aseo a la casa de su madre, a cocinarle, a llevarla a médico, a costear gastos de traslado y gastos económicos varios. Sumado a lo anterior, es también, su madre quien se ha acostumbrado a esta relación de co-dependencia, solicitándola a ella en particular para cuidarla y no a sus otras hijas. Todo lo anterior estaría instalado en su vida diaria hasta que a finales de noviembre del 2015 su pareja actual, el cual se desempeña como constructor en faenas industriales, le comunicaría que su empresa habría decidido trasladarlo a Iquique de manera indefinida en el mes de Marzo del 2016. Esta situación habría generado que la paciente estuviese experimentando una situación, la cual define ella como “sin salida”, debiendo necesariamente tomar una decisión entre elegir a su madre y sus hermanas o dejar a su marido que se vaya solo en Iquique. Es preciso señalar que, en sesión clínica en el mes de Marzo, se constata el deterioro de la relación entre ella y su madre así como también con sus hermanas, señalando sentirse presionada para continuar con los cuidados de su madre que, según sus hermanas, sería estrictamente necesario que lo continuara ejerciendo ella. Al momento del ingreso a la intervención grupal la paciente presentaba diagnósticos de trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de pánico con agorafobia.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propuesta de Intervención Psicoterapéutica Grupal Cognitivo - Conductual para el manejo del Trastorno de Pánico en Atención Primaria.

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación: “Propuesta de Intervención Psicoterapéutica Grupal Cognitivo - Conductual para el manejo del Trastorno de Pánico en Atención Primaria”. Su objetivo es proponer un modelo de psicoterapia grupal para pacientes que presentan trastornos de pánico y evaluar su aplicabilidad en cuanto a la probable disminución de síntomas que genere. Usted ha sido seleccionado(a) porque presenta síntomas que hacen diagnosticar un Trastorno de Pánico.

El investigador responsable de este estudio es el Sr., psicólogo clínico de profesión, alumno de Magister en Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en asistir a las diez sesiones únicas incluidas en la intervención psicoterapéutica grupal, donde cada sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente, realizándose una vez por semana. Es preciso señalar que con esta intervención psicoterapéutica grupal se pretenderán abordar temáticas tales como: causas probables de las crisis de pánico, sus síntomas, consecuencias, conocer acerca del cómo funcionan estas crisis desde el modelo cognitivo conductual y acceder a psicoterapia grupal para poder hacer frente a las diversas crisis vividas.

El tratamiento será realizado en la sala de actividades grupales del programa de salud mental ubicada en dependencias, cuya dirección es

....., los días..... de cada semana, a lasHrs. Es importante señalar que la investigación no contempla pagar los gastos de movilización u otros gastos en que incurra el participante.

Para facilitar el análisis, esta intervención psicoterapéutica grupal podría ser grabada en alguna de sus sesiones con fines docentes asistenciales.

Beneficios: Tan solo por participar en este estudio, usted recibirá como beneficio intangible el acceso a variadas herramientas psicológicas para enfrentar sus crisis de pánico. Sumado a lo anterior, su participación nos permitirá, además, generar información útil respecto al desarrollo y al perfeccionamiento de intervenciones grupales psicoterapéuticas basadas en la evidencia, pudiendo mejorar la calidad de vida de otras personas y de la comunidad. Cabe destacar que esta investigación no contempla recompensa monetaria de ningún tipo.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de participar el tiempo que estime conveniente, pudiendo detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. La información generada durante la investigación quedará en manos solo del investigador responsable, el cual velará por el uso estrictamente profesional y docente de la información.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, si Ud. así lo solicita, se le dará a conocer los resultados mediante una entrevista personal la que se llevará a cabo en la sala de actividades grupales del programa de salud mental ubicada en dependencias de la Mutual de Seguridad, cuya dirección es tres meses después de terminada la intervención.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al Investigador Responsable de este estudio:

Nombre Investigador Responsable:

Teléfonos:

Dirección:

Correo Electrónico:

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof.:

Presidenta:

Comité de Ética de la Investigación:

Facultad:

Universidad:

Teléfonos:

Dirección:

Correo Electrónico:

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “Propuesta de Intervención Psicoterapéutica Grupal Cognitivo - Conductual para el manejo del Trastorno de Pánico en Atención Primaria”

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.